Coll. leg.
o.
217 d

Coll. leg.
o.
217 d

Ortskrankenkassen

und

Gemeindekrankenversicherung

auf Grund des Reichsgesetzes

betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter

vom 15. Juni 1883.

Dargestellt

in systematischer Bearbeitung

von

Emil Schwörer.

München.
Theodor Ackermann
königlicher Hof-Buchhändler.
1886.

BIBLIOTHECA
CIVITATIS
BABENBERGENSIS.

Inhalts-Uebersicht.

Abkürzungen.

Ges. = Reichsgesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883.

G. O. = Reichsgewerbeordnung.

h. Verwaltungsbehörde = höhere Verwaltungsbehörde.

O. K. K. = Ortskrankenkasse.

Reger = A. Reger, das Reichsgesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883 nebst dem bayerischen Ausführungsgesetze vom 28. Februar 1884, Ansbach 1884 (Druck und Verlag von C. Brügel und Sohn).

v. Wödtke = E. v. Wödtke d. Reichsges. betr. d. Krankenversicherung der Arbeiter 2c., Berlin und Leipzig 1883 (Verlag von J. Guttentag).

Einleitung.

§ 1.

I. Das Reichsgesetz vom 15. Juni 1883, welches einen folgenreichen Umschwung in der deutschen modernen socialen Gesetzgebung bedeutet, bildet den vorläufigen Abschluß einer längeren Bewegung auf dem Gebiete des Krankenversicherungswesens; auf diesem repräsentirt es den Uebergang von dem bisher zumeist herrschenden Princip der staatlichen Nichteinmischung in die Willenssphäre der einzelnen zum Systeme des staatlicherseits ausgeübten Versicherungszwanges.[1])

Jenes Reichsgesetz, das die Versicherung gegen Krankheit zum Gegenstande seiner Regelung gemacht hat, baut sich in Durchführung dieses Zweckes nicht auf völlig einheitlichen Grundsätzen auf, gestattet vielmehr mannigfache Gestaltungen; dies gilt insbesondere für diejenigen Organe, welche als die Träger der Versicherung, d. h. als die Versicherer in Betracht kommen. Als solche hat das Gesetz aufgestellt die Ortskrankenkasse, die Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkasse, die Knappschaftskasse, die eingeschriebene oder auf Grund landesrechtlicher Vorschriften errichtete Hülfskasse, endlich die Gemeinde.

Abgesehen von den Hülfskassen,[2]) welche auf völlig verschiedener Grundlage — derjenigen der Beitrittsfreiheit — beruhen, sowie den hauptsächlich auf landesrechtliche Bestimmungen gegründeten Knappschaftskassen[3]) sind es zwei Kategorien unter

1) Die ziemlich umfangreiche Entstehungsgeschichte des Gesetzes vom 15. Juni 1883 findet sich dargestellt bei Häpe das Krankenversicherungsrecht ꝛc. Leipzig 1885, S. 8 ff.

2) Diese haben ihre Regelung bereits im Reichsgesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876 gefunden.

3) S. § 74 des Gesetzes.

jenen Versicherungsinstituten, welchen dadurch eine besondere Bedeutung beizulegen ist, daß sie den Charakter des ganzen vom Gesetze geschaffenen Apparats vorzugsweise kennzeichnen, nämlich die Ortskrankenkasse und die Gemeindeversicherung, erstere, indem sie als die normale und hauptsächliche Trägerin des Krankenversicherungswesens gedacht, für die übrigen Arten von Kassen sozusagen, typisch und denselben vom Gesetze selbst gleichsam als Muster aufgestellt ist, während der letzteren, der Gemeindeversicherung, durch ihre Subsidiarität ein besonders charakteristischer Stempel aufgedrückt ist.

Aus diesen Gründen sind jene beiden Versicherungsinstitute herausgegriffen und hier zum Gegenstande einer speziellen systematischen Bearbeitung gemacht worden.

II. Als Hilfsmittel für die Interpretation des Gesetzes vom 15. Juni 1883 kommt neben den Reichsgesetzen vom 7. und vom 8. April 1876 (letzteres nunmehr aufgehoben) insbesondere der Regierungsentwurf eines Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter mit den Motiven hiezu (Reichstagsdrucksachen 1882 Nr. 14), ferner der von dem Referenten von Maltzahn-Gültz verfaßte Kommissionsbericht der 8. Kommission des Reichstags (Reichstagsdrucksachen 1882 Nr. 211) in Betracht; des weiteren sind hiefür von Bedeutung die stenographischen Berichte der 3 Berathungen des Gesetzes im Reichstage,[4]) dann die vom Bundesrathe am 14. März 1884 veröffentlichten beiden Entwürfe zu Statuten für eine Ortskrankenkasse und für eine Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse nebst Erläuterungen, endlich die die Ausführung des Reichsgesetzes regelnden Gesetze und Verordnungen der Einzelstaaten, insbesondere das bayerische Gesetz vom 28. Februar 1884,[5]) die preußische Anweisung vom 26. November 1883 zur Ausführung des Gesetzes vom 15. Juni 1883 ꝛc., sächsische Verordnung vom 28. September 1883, württembergische Verfügung des Ministeriums d. J. vom 1. Dezember 1883, badische Verordnung vom 11. Februar 1884, hessische Verordnung vom 1. November 1883 u. s. f.

---

4) Die 1. Lesung dauerte von 15. bis 16. Mai 1882, die 2. Lesung von 20. bis 30. April 1883, die 3. Lesung von 23. bis 29. Mai 1883, worauf die Abstimmung am 31. Mai 1883 statt hatte.

5) Hiezu Vollzugsbestimmungen vom 14. und 15. Mai 1884.

III. Die juristische Litteratur hat sich mit dem vom Reichsgesetze geschaffenen Rechtszustande bisher erst in sehr geringem Grade befaßt; auch liegen zur Zeit gerichtliche Entscheidungen noch nicht vor. Neben einer Anzahl von Textausgaben, sowie einzelnen Artikeln in Zeitschriften (hier wäre wohl die Arbeit von J. Petersen in Schwalbe Jahrbuch VIII. S. 63—134 ausdrücklich zu nennen) sind hervorzuheben der Commentar E. von Wödtke's[6]) das Reichsgesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter ꝛc., Berlin und Leipzig 1883 (Verlag von J. Guttentag), der Commentar von A. Reger d. Reichsges. betr. d. Krankenversicherung der Arbeiter vom 15, Juni 1883 nebst d. bay. Ausführungsgesetze v. 28. Febr. 1884 ꝛc., Ansbach (Druck und Verlag von C. Brügel und Sohn), eine systematische Bearbeitung ist von Dr. jur. Georg Häpe, d. Krankenversicherungsrecht nach dem Reichsges. v. 15. Juni 1883, Leipzig 1885 (Druck und Verlag der Roßberg'schen Buchhandlung) versucht worden. Zu erwähnen sind noch A. Ebert, Gesetzgebung über d. Krankenversicherung der Arbeiter nebst Ausführungsbestimmungen für das Kgr. Preußen, Hannover 1884 (Verlag von O. Gödel), Stadelmann d. Reichsges. betr. d. Krankenv. ders. Arbeiter v. 15. Juni 1883 nebst d. bay. Ausführungsges. ꝛc. Bamberg 1884 (Verlag d. Buchner'schen Buchhandlung), ferner Arbeiten von Dr. W. Zeller, Dr. L. A. von Müller u. a. m.

6) Von dem nämlichen Verfasser ist seither erschienen der treffliche Commentar: Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juni 1884, Berlin 1884 (Verlag von G. Reimer).

1. Abschnitt.

Objekt der Krankenversicherung.

§ 2.

I. Jede Art von Versicherung ist gegen die Möglichkeit des Eintritts eines Uebels gerichtet; diejenige Gefahr, welche die Krankenversicherung zum Objekte hat, ist zunächst die Krankheit.

Die auf dem Reichsgesetze vom 15. Juni 1883 beruhende Krankenversicherung bezweckt einerseits die Beseitigung der körperlichen und geistigen Krankheitserscheinungen, andererseits die völlige oder theilweise Ausgleichung der finanziellen Schädigung, welche eine Krankheit durch die hiedurch bedingte Nothwendigkeit von Mehrausgaben und durch eventuelle Erwerbsunfähigkeit verursacht.

II. Für die Definition des Begriffes der Krankheit im Sinne des Reichsgesetzes ist weder die medizinische noch die populäre Bedeutung des Wortes maßgebend;[1]) als Kriterien jenes Begriffs lassen sich folgende Erfordernisse aufstellen:

a. Die Existenz einer Störung des körperlichen oder geistigen Wohlbefindens, der Integrität.

b. Die Erheblichkeit dieser Störung d. h. diese darf nicht ganz unbedeutend sein[2]); bestimmt abgrenzbare allgemeine Merkmale lassen sich hier nicht aufstellen, weßhalb dies der Beurtheilung der Sachverständigen auf Grund des einzelnen Falles unterliegt; eine Krankheit im Sinne des Reichsgesetzes ist jedoch dann als vorhanden anzunehmen, wenn entweder Arbeitsunfähigkeit oder die Nothwendigkeit einer besonderen Behandlung,

---

1) Erstere ist zu weit, letztere zu eng.

2) Es liegt im Wesen des Institutes der Krankenversicherung nach seiner praktischen Seite, daß nicht wegen eines nur leichten ganz vorübergehenden Unwohlbefindens der Versicherungsapparat in Thätigkeit gesetzt werde.

welche die Heilung oder wenigstens eine Erleichterung bezwecken soll, die Folge der körperlichen oder geistigen Störung ist.

Im Allgemeinen sind diese Kennzeichen der Krankheit subjektiv aufzufassen d. h. unter Rücksichtnahme auf die besonderen körperlichen, psychischen und professionellen Verhältnisse des Individuums.[3])

c. Die Abnormität der Störung, d. h. diese darf nicht in natürlichen physiologischen Vorgängen wie Schwangerschaft, Entbindung, hohem Alter ihren Grund haben. Dagegen ist eine Krankheit auch dann als gegeben zu erachten, wenn die gesundheitliche Alteration die unabwendbare nothwendige Folge eines constitutionellen organischen Fehlers ist.

Hienach ist die Krankheit im Sinne des Reichsgesetzes zu definiren als jede erhebliche Störung der normalen körperlichen oder geistigen Beschaffenheit eines Menschen. Daraus folgt:

a. Es ist gleichgiltig, ob die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Integrität in einer äußeren Verletzung oder in einer internpathologischen Erscheinung bestehe; demgemäß sind auch alle sog. Unfälle als Krankheiten aufzufassen.

b. Gleichgiltig ist es ferner im Allgemeinen, ob die Krankheit eine Folge des Verschuldens des Kranken ist, weßhalb auch sogar die vorsätzliche Erregung der Krankheit einen Unterstützungsanspruch begründet.[4])

c. Als Beginn der Krankheit, als Zeit der Erkrankung ist derjenige Zeitpunkt anzusehen, da das Leiden, welches an und für sich schon früher bestanden haben und dessen Keim schon lange vorhanden gewesen sein mag, zuerst eine auf Heilung oder Linderung gerichtete Behandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

d. Als Endpunkt der Krankheit ist — abgesehen von deren letalem Ausgange — die individuell zu beurtheilende Wiedererlangung des relativen normalen körperlichen bezw. geistigen Gesundheitszustandes zu betrachten in der Weise, daß die Krankheitsdauer nicht bloß die Zeit der spezifischen Krankheitssymptome, sondern auch die Periode der etwa hervorgerufenen Folge-

3) Der Krankheitsbegriff ist daher je nach der Person des Versicherten, bezw. dessen Constitution und Berufsthätigkeit ein schwankender.

4) Vergl. jedoch hiezu § 26, Abs. 5 Ziff. 2 des Gesetzes.

erscheinungen, insbesondere der Schwäche und der nothwendig gewordenen besonderen Schonung während der Reconvalescenz umfaßt. Die Genesung braucht jedoch nicht eine vollständige zu sein, vielmehr ist als solche in gewissen Fällen schon das möglichste Zurückdrängen der krankheitlichen Erscheinungsform zu erachten.[5])

III. Gewisse Krankenversicherungsinstitute haben außer der Krankheitsgefahr noch die durch Entbindung und in beschränkter Weise auch die durch Tod[6]) verursachten Störungen, resp. Schädigungen zum Objekte; eine Entbindung kommt jedoch nur dann als selbständiges Versicherungsobjekt in Frage, wenn dieselbe normal verläuft, während eine bei derselben hervortretende Komplication den Charakter der Krankheit erzeugt und nach den für diese geltenden Grundsätzen zu beurtheilen ist.

2. Abschnitt.

Die Person des Versicherers.

A. Die Ortskrankenkasse.

1. Begriff und rechtliche Natur.

§ 3.

I. Eine Ortskrankenkasse ist eine von der Gemeinde für die innerhalb deren Bezirk beschäftigten, versicherungspflichtigen Personen oder gewisse Kategorien derselben begründete, nach Maßgabe eines Kassenstatuts organisirte juristische Person, welche den ihr zugehörigen Mitgliedern im Falle von Krankheit, Entbindung und Tod Unterstützungen zu gewähren gesetzlich verpflichtet ist.

---

5) Dies kommt namentlich in Betracht bei chronischen, oftmals wiederkehrenden Krankheitszuständen, deren Ursache nicht beseitigt werden kann, z. B. Gicht, Asthma; hiebei ist eine Heilung auch schon dann anzunehmen, wenn die einzelnen Ausbrüche des an sich tiefer liegenden, vielleicht unheilbaren Leidens wirksam bekämpft sind.

6) Es wird sonach neben der Krankenversicherung noch in gewisser Beziehung der Zweck einer Lebensversicherung verfolgt.

II. Da der Ortskrankenkasse die juristische Persönlichkeit[1]) in vermögensrechtlicher Beziehung inne wohnt, so kann sie als solche Rechte, insbesondere auch Eigenthum und andere dingliche Rechte erwerben, Verbindlichkeiten eingehen, gerichtlich klagen und beklagt werden, als selbständiges Rechssubjekt auch mit den Kassenmitgliedern Rechtsgeschäfte abschließen. Ihren Gerichtsstand hat die Kasse an ihrem Sitze[2]); sie muß einen Namen führen, der sie als Ortskrankenkasse bezeichnet und außerdem von jeder andern Kasse unterscheidet; nur unter ihrem Namen darf die Kasse Rechtshandlungen vornehmen.[3])

Die Haftung der Ortskrankenkasse beschränkt sich bezüglich aller Verbindlichkeiten auf das Kassenvermögen und kann unter keinen Umständen eine Haftbarmachung der Kassenmitglieder gegenüber den Kassengläubigern erfolgen.

2. Errichtung.

§ 4.

Die Begründung einer Ortskrankenkasse kann nur aus der Initiative der Gemeinde hervorgehen, gegen deren Willen die Kasse niemals zur Existenz kommen kann. Die Errichtung geschieht durch Beschluß der Gemeinde resp. der nach Landesrecht zu einer derartigen Beschlußfassung berechtigten Gemeindeorgane und setzt das Inslebentreten der Kasse die Aufstellung eines Statuts als der Grundlage der Kassenverfassnng nothwendig voraus. — Die Errichtung der Kasse ist theils ein Recht, theils eine Pflicht der Gemeinde.

I. Eine Berechtigung derselben zur Kassenerrichtung ist dann gegeben, wenn die Zahl derjenigen Personen, deren Mitgliedschaft in der zu gründenden Kasse obligatorisch wäre,[1])

---

1) Für die privatrechtliche Stellung der Ortskrankenkasse ist, so weit das Reichsgesetz keine Bestimmung giebt, das Landesrecht maßgebend.

2) D. i. in der Gemeinde, von welcher die Kasse errichtet wurde; bei einer Vereinigung mehrerer Gemeinden zu einer gemeinsamen O.-Kr.-K. (s. unten § 4 a) ist das Statut für den Sitz maßgebend.

3) Vergl. hiezu § 2 des Hülfskassengesetzes vom 7 April 1876.

1) Die Ansicht von Wödtke's, daß bei Berechnung der erforderlichen Zahl von 100 Mitgliedern auch diejenigen mitzuzählen seien, die zwar an sich versicherungspflichtig, aber durch Mitgliedschaft in einer anderen Kasse vom Eintritt in die O.-Kr.-K. befreit sind, ist, trotzdem sie sich

mindestens die Zahl 100 erreicht; ausnahmsweise ist die Gemeinde auch schon dann berechtigt, eine Ortskrankenkasse zu errichten, wenn weniger als 100 versicherungspflichtige Personen [2]) der Kasse anzugehören hätten, nämlich unter der Voraussetzung, daß die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse gesichert und dieselbe von der höheren Verwaltungsbehörde [3]) als genügend anerkannt ist.

Die Regel soll sein, daß die Kasse nur für die in einem Gewerbszweige [4]) oder in einer Betriebsart [4]) beschäftigten Personen errichtet wird; jedoch ist eine Vereinigung zweier oder mehrerer Gewerbszweige oder Betriebsarten zum Zwecke der Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse statthaft

a. ohne weitere Voraussetzung, wenn die Zahl der in jedem einzelnen Gewerbszweige beschäftigten Personen, welche der Kasse wirklich zufallen werden, weniger als 100 beträgt,

b. wenn 100 oder mehr Personen in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigt sind, nur unter der Voraussetzung, daß den Angehörigen dieses größeren Gewerbszweiges Gelegenheit zu einer Aeußerung über die projektirte Vereinigung gegeben worden ist; [5]) wenn gegen diese Seitens

---

auf eine Erklärung des Regierungsvertreters stützen kann, schlechterdings unvereinbar mit dem Wortlaute des Gesetzes, welches ausdrücklich nur diejenigen eingerechnet haben will, welche in der zu gründenden Kasse wirklich versichert sein sollen; abgesehen davon, daß das Gesetz, wenn es von Wödtke's Anschauung zum Ausdrucke hätte bringen wollen, einfach die Worte „in der Kasse" (§ 16, Abs. 1 d. Ges.) weggelassen hätte, würde es sich praktisch wohl nicht empfehlen, auch dann einer Gemeinde das Recht der Kassenerrichtung beizulegen, wenn unter einer größeren Anzahl von an sich versicherungspflichtigen Personen nur eine verschwindende Minderzahl thatsächlich die Mitgliedschaft in der Kasse erwerben würde; noch weniger kann das Gesetz wollen, daß Personen, die gar nicht der zu gründenden Kasse angehören werden, also unbetheiligt sind, ein Widerspruchsrecht im Falle des § 16, Abs. 4 eingeräumt werde.

2) In diesem Falle müssen dieselben einem Gewerbszweige (Betriebsart) angehören.

3) Bezüglich der höheren Verwaltungsbehörde s. § 84 des Gesetzes.

4) Darüber, welchem Gewerbszweige oder welcher Betriebsart jemand zuzurechnen sei, entscheiden zunächst die lokalen auf Herkommen oder Gewohnheit beruhenden Verhältnisse. Uebrigens läßt sich nicht wohl ein durchgreifender Unterschied zwischen den beiden Ausdrücken Gewerbszweig und Betriebsart aufstellen. Vergl. v. Wödtke's Commentar S. 78, Note 7.

5) Die Gelegenheit zu einer Aeußerung braucht nicht nothwendig in der Form der Berufung einer Versammlung gegeben sein.

eines betheiligten Versicherungspflichtigen Widerspruch erhoben wird,[6]) so ist die zustimmende Entscheidung der höheren Verwaltungsbehörde ein weiteres Erforderniß.

II. Eine Verpflichtung der Gemeinde zur Errichtung einer Ortskrankenkasse liegt unter folgenden 4 Voraussetzungen vor:

a. es muß ein hierauf gehender Antrag von Seiten betheiligter Personen, wozu auch die Arbeitgeber der Versicherungspflichtigen zu rechnen sind, gestellt sein;

b. es muß allen Betheiligten Gelegenheit geboten sein, sich über die Kassenbildung zu äußern;

c. dem Antrage muß die Majorität der in der Kasse zu versichernden Personen, mindestens jedoch 100 beigetreten sein;

d. es muß endlich die höhere Verwaltungsbehörde die Kassenerrichtung angeordnet haben.

Unter den gleichen Voraussetzungen wird auch die Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten für die Gemeinde obligatorisch, außerdem aber müssen in diesem Falle die Majoritäten der in jedem einzelnen Gewerbszweige beschäftigten Personen, die in der Kasse zu versichern sind, mindestens aber 100 beigetreten sein. Gegen die die Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse anordnende Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde steht der Gemeinde innerhalb 4 Wochen, vom Tage der Zustellung an gerechnet, ein Beschwerderecht zur Zentralbehörde zu.[7])

Die Nichtbefolgung der Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde innerhalb der von dieser bestimmten Frist ist für die renitente Gemeinde mit erheblichen Nachtheilen[8]) verknüpft, ohne daß jedoch gegen deren Willen die Kassenbildung erfolgen könnte.

---

6) Da im Gesetze schlechthin nur von Erhebung von Widerspruch die Rede ist, so ist anzunehmen, daß der Widerspruch eines Einzigen genügt.

7) Da nur an dieser Stelle ein Beschwerderecht der Gemeinde erwähnt wird, so ist zu folgern, daß dasselbe gegenüber der die Errichtung einer O.-Kr.-K. für einen einzelnen Gewerbszweig aussprechenden Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde der Gemeinde nicht zustehe.

8) Die Gemeinde darf von denjenigen Personen, für welche die O.-Kr.-K. hätte errichtet werden sollen, keine Beiträge erheben, muß aber dennoch als Trägerin der alsdann eingreifenden Gemeindeversicherung die vorgeschriebenen Krankenunterstützungen leisten.

Vereinigung von Gemeinden zur Errichtung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse.

§ 4a.

Regelmäßig wird die Ortskrankenkasse nur für einen einzelnen Gemeindebezirk constituirt, eine Vereinigung mehrerer Gemeinden [1]) zur Errichtung einer gemeinsamen Kasse [2]) ist möglich:

a. durch übereinstimmende Beschlüsse der sich vereinigenden Gemeinden;

b. durch Beschluß des weiteren Communalverbands [3]) für den ganzen Bezirk oder nur Theile desselben. [4])

Beiderlei genannte Beschlüsse sind, um rechtliche Wirkungen zu äußern, an die Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde gebunden, in deren Ermessen es gestellt ist, sämmtlichen Betheiligten Gelegenheit zur Aeußerung über die Vereinigung zu geben, sowie die Genehmigung zu versagen, wenn von Seiten der Betheiligten Widerspruch erhoben wird. Gegen die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde steht den betheiligten Gemeinden und den weiteren Communalverbänden in jedem Falle ein Beschwerderecht zur Zentralbehörde zu.

c. Durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde da, wo ein weiterer Communalverband nicht besteht [5]); auch gegen jene steht den betheiligten Gemeinden ein Beschwerderecht zur Zentralbehörde zu.

Eine Vereinigung mehrerer schon bestehenden Ortskrankenkassen zu einer einzigen, die Verschmelzung mehrerer juristischer Personen in eine einzige, ist undurchführbar.

---

1) Die Gemeinden müssen einander nicht benachbart sein, wohl aber müssen sie mit Rücksicht auf die Befugnisse der höheren Verwaltungsbehörde im Bezirke derselben höheren Verwaltungsbehörde liegen.

2) Die gemeinsame Kasse ist nach denselben Grundsätzen wie eine gewöhnliche O.-Kr.-K. zu beurtheilen und besitzt daher wie diese die juristische Persönlichkeit.

3) Ueber den Begriff des weiteren Communalverbandes s. § 84 des Gesetzes.

4) Es ist kein Grund vorhanden, daß hiebei ein Gemeindebezirk in allen Fällen als Einheit anzusehen sei.

5) Z. B. in Württemberg, Meklenburg.

3. Endigung der Ortskrankenkasse und Ausscheidung.

§ 5.

Die Ortskrankenkasse kann in ihrem Bestande auf doppelte Weise wesentlich alterirt werden, indem sie entweder ihre Existenz völlig einbüßt oder eine größere Verschiebung des Mitgliederstandes erfährt im Falle der Ausscheidung.

I. Die Endigung der Existenz der Kasse kann sich ebenfalls wieder auf zweifache Weise vollziehen, entweder mit Zustimmung der Kasse bezw. deren Generalversammlung durch Auflösung oder ohne dieselbe durch Schließung. Diese letztere muß nothwendiger Weise im Falle der Leistungsunfähigkeit [1]) erfolgen; die Auflösung, welche an sich nur an formelle Voraussetzungen geknüpft ist, kann ausgesprochen werden, wenn ein hierauf gehender Antrag der Gemeindebehörde die Zustimmung der Generalversammlung der Kasse gefunden hat; wurde die Kasse für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten gemeinschaftlich errichtet, so ist die Möglichkeit der Auflösung nur von einem Antrage der Generalversammlung, sowie Anhörung der Gemeinde abhängig; wenn endlich die Kasse für die Versicherungspflichtigen einer Mehrzahl von Gemeindebezirken begründet war, so berechtigt schon entweder der Antrag einer der mehreren vereinigten Gemeinden oder derjenige der Generalversammlung zur Auflösung.

II. Während die Schließung und Auflösung die Kasse ihrer Existenz beraubt, besteht die Ausscheidung nur in der

---

1) Die Leistungsunfähigkeit gilt als vorhanden:
a. wenn die Mitgliederzahl der Kasse dauernd unter 50 hinabgeht;
b wenn wenigstens 2 Jahresabschlüsse ungenügende Deckung der Unterstützungsansprüche auch dann ergeben, wenn einerseits nur die gesetzlichen Mindestleistungen (s. § 20 des Ges.) gewährt werden, andererseits die Beiträge schon die Höhe von $4^1/_2$ des durchschnittlichen Taglohnes erreicht und die weitere Erhöhung derselben nicht einstimmig angenommen wird.

Eine Ausnahme von der Nothwendigkeit der Schließung findet nach § 47, Abs. 6 d. Ges. dann statt, wenn nach dem Urtheil der höheren Verwaltungsbehörde die Gewährung der gesetzlichen Mindestleistungen durch vorhandenes Vermögen oder durch andere außerordentliche Hilfsquellen gedeckt ist.

Entfernung gewisser Kategorien von Mitgliedern — bei Fortbestehen der Kasse selbst — in der Weise, daß entweder bei einer Vereinigung mehrerer Gewerbszweige oder Betriebsarten die Angehörigen eines einzelnen Gewerbszweiges im Falle der Zustimmung der Majorität der Genannten aus der Mitgliedschaft entlassen oder bei einer Vereinigung mehrerer Gemeinden zur Begründung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse die sämmtlichen innerhalb eines oder mehrerer Gemeindebezirke befindlichen Mitglieder, falls eine der betheiligten Gemeinden oder die Generalversammlung einen diesbezüglichen Antrag gestellt hat, von der Zugehörigkeit der Kasse entbunden werden, ohne daß in diesen Fällen der Widerspruch des einzelnen Ausgeschiedenen von Wirksamkeit wäre.

Die Schließung und Auflösung sowohl als die Ausscheidung kann sich nur durch einen Akt der hiezu allein competenten höheren Verwaltungsbehörde vollziehen, deren Verfügung im Falle der Schließung eine Pflicht jener Behörde ist, während die Auflösung und Ausscheidung von ihrem Ermessen abhängig ist; der Anfechtbarkeit unterliegen jene Verfügungen in der Weise, daß die Schließung und Auflösung auf dem Wege des Verwaltungsstreitverfahrens, wo ein solches nicht besteht, gemäß § 20 und 21 der Gewerbe-Ordnung, die Ausscheidung dagegen und die Auflösung einer gemeinsamen Kasse für mehrere Gemeindebezirke oder für mehrere Gewerbszweige (Betriebsarten) durch Beschwerde an die Zentralbehörde innerhalb 4 Wochen angefochten werden kann.

Die auf diese Weise aus der Mitgliedschaft in der Ortskrankenkasse ausscheidenden versicherungspflichtigen Personen sollen nach gesetzlicher Vorschrift andern Ortskrankenkassen oder, wenn dies eine Benachtheiligung der Kassen herbeiführen würde, der Gemeindeversicherung überwiesen [2]) und muß auch Bestimmung über das Vermögen [3]) der aufgelösten oder geschlossenen oder

---

2) Die praktische Bedeutung einer solchen „Ueberweisung“ erscheint höchst unklar, da keinem Versicherungsinstitute die Aufnahme von Mitgliedern, welche demselben nicht ohnehin nach den allgemeinen Grundsätzen zufallen, oktroyrt werden könnte; die fragliche Gesetzesstelle dürfte daher thatsächlich wirkungslos sein.

3) Dasselbe ist nach Tilgung der Passiven incl. der bereits zur Entstehung gelangten Unterstützungsansprüche nach der Entscheidung der

durch Ausscheidung in ihrem Mitgliederstande reduzirten Kasse getroffen werden.

B. Die Gemeinde.[1])

1. Begriff und rechtliche Natur der Gemeindeversicherung.

§ 6.

I. Unter Gemeindeversicherung ist diejenige Art der Krankenversicherung zu verstehen, bei welcher die Gemeinde von den innerhalb des Gemeindebezirks beschäftigten, bei keiner der gesetzlich bezeichneten Kasse versicherten, versicherungspflichtigen Personen Beiträge zu erheben und denselben im Falle der Krankheit Krankenunterstützung zu gewähren verpflichtet ist.[2])

II. Hieraus ergibt sich:

a. Die Gemeinde tritt nur denjenigen Personen gegenüber in die Stellung einer Versicherungsgeberin, welche keiner andern den Vorschriften dieses Gesetzes genügenden Krankenkasse angehören; die Gemeindeversicherung ist somit nur subsidiärer Natur und der ihr zugewiesene Personenkreis bestimmt sich lediglich negativ.

b. Die Gemeinde besitzt in ihrer Funktion eines Versicherers keine besondere rechtliche Qualität, insbesondere nicht diejenige einer juristischen Person; vielmehr hat sich auf Grund des Gesetzes vom 15. Juni 1883 der Geschäftskreis der Gemeinde um eine Funktion vermehrt, ohne daß sich jedoch jene als Trägerin der Versicherung als etwas anderes qualifiziren würde als hinsichtlich der übrigen gemeindlichen Aufgaben. Wenn auch nach

---

höheren Verwaltungsbehörde denjenigen Ortskrankenkassen bezw. der Gemeindeversicherung zu überweisen, welchen die Mitglieder der geschlossenen oder aufgelösten Kasse nunmehr angehören werden.

1) Der Gemeinde sind überall die selbständigen Gutsbezirke und Gemarkungen gleichgestellt mit Ausnahme des § 5, Abs. 2 und des § 13 des Ges. (vergl. § 84 des Ges.), wobei der Gutsherr oder Gemarkungsberechtigte die Rechte und Pflichten der Gemeinde zu übernehmen hat.

2) Es liegt hierin ein bedeutsamer Unterschied von der Ortskrankenkasse, bei welcher das Recht der Erhebung von Beiträgen keinen wesentlichen Bestandtheil des Begriffs bildet, während die Gemeinde kraft ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift zur Erhebung von Beiträgen verpflichtet ist; s. § 5, Abs. 2 des Ges.

gesetzlicher Anordnung thatsächlich eine gewisse Scheidung zwischen dem aus der Versicherung sich ergebenden Vermögensbestande und dem übrigen Gemeindevermögen besteht, so ist dennoch juristisch Identität des Vermögenssubjektes vorhanden und können daher zwischen der Gemeinde und der faktisch gesonderten Versicherungskasse keine Rechtsverhältnisse entstehen.[3])

III. An Stelle oder neben[4]) dieser kraft Reichsgesetzes geregelten Gemeindeversicherung bleibt auf Grund der salvatorischen Bestimmung des § 15 die durch Landesgesetz eingeführte Gemeindeversicherung nebst den diesbezüglichen landesrechtlichen Normen unter bestimmten Voraussetzungen bestehen[5]) und gilt trotz ihres andern gesetzgeberischen Ursprungs als Gemeindeversicherung im Sinne des Reichsgesetzes.

2. Gemeinsame Krankenversicherung mehrerer Gemeinden.

§ 7.

I. Regelmäßig nimmt die einzelne Gemeinde die Stellung einer Versicherungsgeberin ein; es können sich jedoch zwei oder

---

3) Dies ist u. a. von Wichtigkeit dann, wenn die Gemeinde zugleich die Stellung einer Arbeitgeberin einnimmt, in welchem Falle sich eigenthümliche Rechtsverhältnisse ergeben, indem dann z. B. die von der Gemeinde als Arbeitgeberin zu bezahlenden Beiträge nicht beigetrieben werden können.

4) Möglicherweise kann auch die landesgesetzliche Gemeindekrankenversicherung mit der auf Grund des Reichsgesetzes eingeführten Gemeindeversicherung auf einem und demselben Rechtsgebiete concurriren.

5) Die Bedeutung des § 15 des Ges. ist im Wesentlichen die, daß das Reichsgesetz theilweise seinen eigenen Wirkungskreis selbst einschränkt und bezüglich der Gemeindeversicherung die Landesgesetzgebung mit allen ihren etwaigen Sondervorschriften dann conservirt, wenn in Gemäßheit einer solchen partikulären Rechtsnorm Gemeinden zur Krankenunterstützung der reichsrechtlich als versicherungspflichtig erklärten Personen gegen das Recht auf Beitragserhebung verpflichtet sind und sowohl Unterstützungen als Beiträge den vom Reichsgesetze gestellten Anforderungen genügen; in so weit hienach nur der ökonomische Erfolg der Versicherung nicht beeinträchtigt erscheint, ist im Uebrigen dem einzelnen bundesstaatlichen Gesetzgeber jede beliebige Normirung des gemeindlichen Versicherungswesens gestattet.

mehrere Gemeinden zu einer gemeinsamen Krankenversicherung vereinigen; die Vereinigung [1]) kann stattfinden:

a. durch übereinstimmende Beschlüsse [2]) der sich freiwillig vereinigenden Gemeinden;

b. durch Beschluß [2]) des weiteren Communalverbandes, welcher entweder sämmtliche Gemeinden seines Bezirkes oder nur zwei oder mehrere ohne Rücksicht auf ihren örtlichen Zusammenhang und ihre Einwilligung zusammenlegen kann;

c. durch Verfügung [3]) der höheren Verwaltungsbehörde unabhängig von der Zustimmung der zu vereinigenden Gemeinden, welche jedoch in diesem Falle einander benachbart sein müssen; gegen ihre Zusammenlegung mit kleineren Gemeinden können solche mit mehr als 10,000 Einwohnern ein Einspruchsrecht erfolgreich geltend machen, falls ihnen nicht zugleich die alleinige Verwaltung der gemeinsamen Krankenversicherung übertragen wird. — Die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde kann eingreifen:

α. wenn ein weiterer Communalverband nicht besteht;

β. im Falle der Unvermögenheit der einzelnen Gemeinde, dem Versicherungszwecke dauernd zu genügen [4]); Voraussetzung der Vereinigung ist ein hierauf gehender Antrag der unvermögenden Gemeinde. Auch ohne einen solchen kann die höhere

---

1) In allen Fällen der Vereinigung mehrerer Gemeinden ist in den betr. Beschlüssen, bezw. verwaltungsbehördlichen Verfügungen bezüglich der Verwaltung der gemeinsamen Krankenversicherung Bestimmung zu treffen, wobei im Falle der wegen Unvermögenheit der einzelnen Gemeinde erforderlich gewordenen Verfügung der h. Verwaltungsbehörde die betheiligten Gemeinden, resp. Verbände zu hören sind.

2) Diese Beschlüsse bedürfen der Genehmigung der h. Verwaltungsbehörde, gegen deren Entscheidung von den betheiligten Gemeinden und Communalverbänden innerhalb 4 Wochen Beschwerde an die Zentralbehörde erhoben werden kann.

3) Gegen die Verfügung kann gleichfalls innerhalb 4 Wochen Beschwerde an die Zentralbehörde erhoben werden.

4) Dies wird dann angenommen, wenn in einer Gemeinde weniger als 50 von derselben zu versichernde versicherungspflichtige Personen vorhanden sind oder wenn das Ergebniß von 2 Jahresabschlüssen auch nach Erhöhung der Beiträge auf 2 % des ortsüblichen Taglohns fortdauernd Vorschüsse Seitens der Gemeindekasse (vergl. unten § 34 I d.) zur Befriedigung des gesetzlichen Mindestbetrages an Krankenunterstützung (§ 6 des Ges.) erforderlich erscheinen läßt.

Verwaltungsbehörde die Zusammenlegung sämmtlicher Gemeinden innerhalb des Bezirkes eines weiteren Communalverbandes [5]) verfügen, wenn sich die Unvermögenheit auf die Mehrzahl derselben erstreckt.

II. In allen diesen Fällen üben die Gemeindevereinigungen bezüglich der Krankenversicherung nach außen dieselben Funktionen aus wie die Einzelgemeinde und sind auch nach denselben Grundsätzen wie diese zu beurtheilen.

In Ansehung ihrer rechtlichen Natur stellen sich jene Vereinigungen nicht als juristische Personen, sondern als öffentlich rechtliche Societäten dar, d. h. sie begründen kein neues von den einzelnen Gemeinden verschiedenes Rechtssubjekt, keine besondere Krankenversicherungskasse; vielmehr bilden diese Vereinigungen regelmäßig nur ein Conglomerat von Einzelgemeinden, die nach wie vor der Verbindung die eigentlichen Trägerinen der Versicherung bleiben, jedoch ihre aus derselben entspringenden Rechte und Verbindlichkeiten auf einen aus der Gesammtheit der vereinigten Gemeinden gebildeten Verband mit einheitlichem Verwaltungsapparate übertragen haben.

Etwas Anderes gilt dagegen bei einer Vereinigung sämmtlicher Gemeinden eines weiteren Communalverbandes, welcher, da ihm an und für sich schon juristische Persönlichkeit zukommt, gleich einer Gesammtgemeinde die Stellung und rechtliche Natur einer einzelnen Gemeinde besitzt und demgemäß alleiniger Versicherer für die unter die Gemeindeversicherung fallenden Personen ist. [6])

III. Die Auflösung dieser Vereinigung kann wie die Eingehung derselben durch übereinstimmende Beschlüsse der Gemeinden, bezw. Beschluß eines weiteren Communalverbandes oder Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde erfolgen, in den beiden letzten Fällen ist außerdem ein auf Auflösung gerichteter Antrag einer betheiligten Gemeinde erforderlich, die von den Gemeinden, bezw. dem weiteren Communalverbande beschlossene

---

5) Da hier der weitere Communalverband an die Stelle der einzelnen Gemeinden tritt, kommt das Recht der Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern auf ausschließliche Verwaltung der Versicherung in Wegfall.

6) Die einzelnen Gemeinden kommen sonach für die Krankenversicherung in diesem Falle überhaupt nicht mehr in Betracht.

Scheidung wird erst mit der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde[7]) wirksam. Mit der Auflösung muß zugleich über die Vertheilung des vorhandenen Vermögens Anordnung getroffen werden.[8])

3. Abschnitt.

Die Person des Versicherten.

A. Die versicherungspflichtigen Personen.

1. Die absolut versicherungspflichtigen Personen.

§ 8.

I. Das Reichsgesetz vom 15. Juni 1883 äußert seine Wirkungen nicht allgemein, sondern als lex specialis nur rücksichtlich gewisser Personenklassen, deren Kreis sich nach der Art der Berufsthätigkeit des Individuums bestimmt; jedoch setzt das Gesetz nicht für alle Personen, welche das Objekt der gesetzgeberischen Fürsorge geworden sind, die gleiche Folge fest, vielmehr unterscheidet es solche Personen, welche zur Eingehung des Versicherungsverhältnisses lediglich berechtigt, und solche, welche sowohl berechtigt als verpflichtet sind, versichert zu sein.

Die Verpflichtung zur Versicherung beruht auf zwei verschiedenen Grundlagen, nämlich entweder auf direkter gesetzlicher Vorschrift oder auf einer statutarischen Rechtsnorm eines engeren oder eines weiteren Communalverbandes.

Unmittelbar kraft Reichsgesetzes sind der Versicherungspflicht unterworfen diejenigen Personen, welche dauernd auf Grund einer locatio conductio operis oder operorum von

---

7) Gegen die Verfügung der h. Verwaltungsbehörde, durch welche die Genehmigung zu einer beschlossenen Auflösung ertheilt oder versagt wird, oder durch welche die Auflösung angeordnet wird, steht den betheiligten Gemeinden und Communalverbänden innerhalb 4 Wochen die Beschwerde an die Centralbehörde zu.

8) und zwar in dem betreffenden die Auflösung herbeiführenden Beschlusse, bezw. der Verfügung der h. Verwaltungsbehörde selbst. —

einem Arbeitgeber gegen Entgelt in einem vom Gesetze bezeichneten Betriebe beschäftigt sind.[1])

II. Diejenigen Betriebe, bezüglich deren ein absoluter Versicherungszwang statuirt ist, zerfallen in zwei Hauptgruppen, nämlich in Gewerbebetriebe und in nichtgewerbliche Betriebe.

Hinsichtlich der ersteren ist dem Reichsgesetze die allgemeine Regel zu abstrahiren, daß die Gesammtheit der Gewerbebetriebe unter den Versicherungszwang fallen soll.

Die hienach erforderliche Feststellung des Begriffs des Gewerbes ist in dem Reichsgesetze vom 15. Juni 1883 nicht enthalten, muß somit aus allgemeinen Grundsätzen abgeleitet werden und lehnt sich in Folge der Identität der Rechtsquelle zunächst an die Auffassung der deutschen Gewerbeordnung an; diese selbst gibt ebenfalls keine Definition des Begriffs, dieser fußt vielmehr auf der durch den gewöhnlichen Sprachgebrauch bestimmten Bedeutung des Wortes „Gewerbe.“[2])

Somit ist als Gewerbe im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes aufzufassen jede legitime, auf Erwerb gerichtete fortgesetzte Thätigkeit[3]), in so ferne dieselbe nicht in einer der folgenden Erwerbsarten besteht[4]):

a. in einer künstlerischen[5]) oder wissenschaftlichen Thätigkeit (den sog. freien Künsten);

b. in der Gewinnung roher Naturerzeugnisse, wozu insbe-

Das Ges. spricht nur von der Vertheilung eines etwaigen Reservefonds, obwohl auch anderweitiges Vermögen verhanden sein könnte.

1) Hierüber s. unten § 13 II.

2) Vergl. Dr. M. Seydel, das Gewerbepolizeirecht nach der Reichsgewerbeordnung, Seite 7 ff. München und Leipzig 1881 (Verlag von G. Hirth).

3) S. F. L. Wirschinger, d. d. Gewerbeordnung ꝛc. S. 8 und 9, Erlangen 1874 (Verl. v. Palm und Enke), ferner F. Marcinowsky d. d. Gewerbe-Ordnung ꝛc. S. 22, Berlin 1880 (C. Heymann's Verlag); vergl. auch Goldschmidt, Handbuch des Handelsrechtes I. Band 2. Auflage S. 409, N. 14, 454, 460, 483, 488 Stuttgart 1875.

4) Vergl. R. Landmann, d. Gewerberordnung f. d. d. Reich ꝛc. S. 13 ff. Nördlingen 1884 (Verl. d. Beck'schen Buchhandlung).

5) Dagegen ist der Betrieb eines Schauspielunternehmers u. dergl. ein Gewerbe; ob auch ein solches bei Hofbühnen überall anzunehmen sei, erscheint mit Rücksicht auf die Zwecke derselben zweifelhaft; doch ist diese Frage bezüglich der Versicherungspflicht wegen § 1, Abs. 1, Ziff. 3 des Ges. wohl in allen Fällen unpraktisch.

sondere die Land- und Forstwirthschaft, ferner der Bergbau zu rechnen ist. Auch der Verkauf selbstgewonnener Rohprodukte kann an sich noch nicht ohne weiteres den Charakter eines Gewerbebetriebes erzeugen; dagegen ist dann ein Gewerbebetrieb als gegeben zu erachten, wenn die selbstgewonnenen Naturerzeugnisse erst nach einer Verarbeitung, durch welche sie den Charakter einer anderen Waare erhalten[6]), veräußert werden. Wenn die Verarbeitung jener Rohprodukte in einer inneren Verbindung mit einem nichtgewerblichen — insbesondere landwirthschaftlichen — Betriebe als dem hauptsächlichen bethätigt wird, so ist die Frage, ob ein derartiger Nebenbetrieb[7]) als ein gewerblicher zu betrachten sei, dahin zu beantworten, daß derselbe trotz seiner Connexität mit einem nicht gewerblichen und trotz des reichsgerichtlichen Erkenntnisses vom 11. Mai 1880[8]), welches diese Nebenbetriebe dem Bereiche der Gewerbeordnung entzieht, vom Standpunkte des Krankenversicherungsgesetzes als selbständige gewerbliche Anlage anzusehen, demgemäß dem absoluten Versicherungszwange unterworfen ist;

c. in Arbeitsleistungen persönlicher Natur, insbesondere öffentlichen Diensten (für Staat, Gemeinde, Kirche), ferner der Ausübung der Heilkunde, der advokatorischen und Notariatspraxis, der Erziehung von Kindern gegen Entgelt, in Dienstleistungen des Gesindes.

Unter Berücksichtigung dieser sonach negativ bestimmten Abgrenzung der gewerblichen Thätigkeit fallen jedenfalls den Gewerbebegriff, sohin unter den Versicherungszwang: das Handwerk[9]), die Industrie sowie der Handel und die Hilfsgeschäfte des Handels (Bank- und Creditgeschäfte,

---

6) Z. B. die Verarbeitung des Lehmes in Ziegel, des Getreides in Mehl.

7) Ein solcher Nebenbetrieb wird meistens den Charakter einer Fabrik besitzen; als Beispiele lassen sich anführen Brennereien, Mühlen, Käsereien 2c.

8) S. Entscheidungen des Reichsgerichtes in Civilsachen Band I, S. 265.

9) Die Unterscheidung des Gesetzes von Fabrikbetrieb und Handwerksbetrieb ist an und für sich begrifflich sehr schwierig festzustellen und bezüglich der Krankenversicherung völlig bedeutungslos, da beiderlei Betriebsarten gleichmäßig dem Versicherungszwange unterliegen; vergl. übrigens Landmann d. d. G. O. Nr. 401 Nördlingen 1884.

Speditionsgeschäfte, Transportanstalten, Handelsvermittelung rc.). — Die in § 6 der Gewerbeordnung[10]) vorgenommene Ausscheidung einzelner Betriebe aus dem Geltungsbereiche der Gewerbeordnung darf nicht durch analoge Anwendung auf das Krankenversicherungsgesetz übertragen werden, weßhalb auch die in jenem Paragraph aufgeführten Betriebe, soweit sie als gewerbliche zu erachten sind, dem Versicherungszwange gleichwohl unterliegen, was im Speziellen die Bedeutung hat, daß der Betrieb der Auswanderungsunternehmer und Agenten, der Versicherungsunternehmer, ferner der Verkauf von Arzneimitteln, der Vertrieb von Lotterieloosen, das Halten öffentlicher Fähren sowie auch die Eisenbahnunternehmungen unter die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes fallen.

III. Neben den durch die allgemeine Klausel des § 1 Ziff. 2 des Gesetzes der Versicherungspflicht unterliegenden Gewerbebetrieben zählt dasselbe noch ausdrücklich gewisse — theils gewerbliche, theils nicht gewerbliche — Betriebe speziell auf, welchen zufolge des Umfangs ihrer Anlagen sowie der Zahl der darin Beschäftigten regelmäßig eine größere Bedeutung zukommt, endlich unterwirft das Gesetz noch generell eine Klasse von Betrieben ohne Rücksicht auf ihre gewerbliche Qualität dem unbedingten Versicherungszwange; hienach fallen unter die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes

a. Bergwerke, Salinen und Aufbereitungsanstalten[11]), Brüche und Gruben[12]), Fabriken[13]), Hüttenwerke[14]), Eisen=

---

10) Die Bedeutung des § 6 der G.=O. ist die, daß derselbe einerseits gewisse Zweige der Landesgesetzgebung, andererseits gewisse Materien der Regelung durch Spezialgesetze vorbehalten will; s. Motive zur G.=O.

11) Bergwerke sind Anlagen, welche die Gewinnung von Mineralien nach bergtechnischen Regeln an unterirdischen Fundorten bezwecken (das Schürfen fällt nicht unter diesen Begriff); vergl. auch Georg Eger das Reichshaftpflichtgesetz rc. II. Aufl., S. 176—182. Breslau 1879. — Aufbereitungsanstalten sind Anstalten zur mechanischen Reinigung und Zurichtung der bergmännisch gewonnenen Erze und Mineralien z. B. Poch=, Quetsch= und Mahlwerke; dieselben besitzen im Verhältniß zum Bergwerke zumeist die Eigenschaft einer Pertinenz.

12) Unter Brüchen sind diejenigen Anlagen zu verstehen, in denen die Gewinnung von Steinarten (Bau=, Werk=, Mühlstein=, Marmor=, Basalt=, Granit=, Schieferbrüche u. s. w.) gewerbsmäßig und nach besonderen technischen Regeln erfolgt; vergl. das Erkenntniß des Reichsoberhandelsgerichts vom 10. März 1876. — Gruben sind die auf die

bahn-[15]) und Binnendampfschifffahrtsbetriebe, Werften und Bauten[16]), gleichviel, welche die Art des Betriebes sei (ob Handbetrieb oder Dampfbetrieb 2c.);

b. alle diejenigen Betriebe überhaupt, in welchen Dampfkessel oder durch elementare Kraft bewegte Triebwerke in Verwendung kommen; unter Dampfkesseln sind geschlossene, zur Erzeugung von Dampf bestimmte Gefäße zu verstehen, während als durch elementare Kraft bewegte Triebwerke alle diejenigen Apparate zu betrachten sind, welche durch andere als menschliche oder thierische Kraft in Bewegung gesetzt werden; das Gesetz selbst führt als derartige Motoren exemplifikatorisch Wind, Wasser, Dampf, Gas und heiße Luft an. Völlig gleichgültig ist die Frage des rechtlichen Verhältnisses des Betriebsunternehmers zu dem Motor — ob jener Eigenthümer,

---

Gewinnung der in den sog. oberflächlichen Lagerstätten vorkommenden Mineralien (Mergel-, Kies-, Sand-, Thon-, Lehm- und ähnliche Gruben) gerichteten Anlagen, in denen ein gewerbsmäßiger und nach technischen Regeln ausgeführter Betrieb stattfindet. S. Motive zum Unfallversicherungsgesetze S. 42 und 43, wonach Brüche und Gruben als den Bergwerken analoge Unternehmungen aufzufassen, vielleicht sogar unter deren Begriff zu subsumiren sind; vergl. auch Veith deutsches Bergwörterbuch S. 249, Breslau 1871.

13) Die zahlreichen Versuche, den Begriff der Fabrik zu definiren haben bisher keinen Erfolg erzielt; die verschiedenen Reichsgesetze selbst sind von einer Definition abgestanden, welche übrigens für das vorliegende Gesetz ohne eingreifende Bedeutung wäre, da auch der den Gegensatz zum Fabrikbetriebe bildende Handwerksbetrieb unter den Versicherungszwang fällt. Eine der verschiedenen Definitionen bezeichnet als Fabrik eine größere gewerbliche Anlage zur Bearbeitung und Verarbeitung beweglicher Sachen.

14) Hüttenwerke dienen jenen Operationen, welche mit der Ausbringung eines Metalls oder einer Verbindung desselben endigen; s. Wagner, Handbuch der chemischen Technologie X. Aufl. S. 6.

15) Eisenbahnen sind größere Anlagen, welche den Transport auf Schienen zum Zwecke haben, — ohne Rücksicht auf die Art der bewegenden Kraft (daher sind auch Pferdebahnen Eisenbahnen); vergl. u. a. Motive zum Haftpflichtgesetze, Urtheil des Reichsgerichts vom 22. Juni 1880.

16) Eine genaue Abgrenzung des Begriffes der Bauten erscheint mit Rücksicht auf die Manigfaltigkeit der baulichen Anlagen unthunlich; § 69 des Ges. führt als solche auf: Eisenbahn-, Kanal-, Wege-, Strom-, Deich- und Festungsbauten. Als Kriterien des Begriffs im Sinne des Ges. lassen sich im Allgemeinen aufstellen die vorübergehende Natur der Bauten, welche mit Fertigstellung des Objekts ihren Charakter als solche verlieren, sowie das Erforderniß größerer Bedeutung des Baues.

Miether, Commodatar des letzteren sei —, ferner die Frage, ob eine beschäftigte Person thatsächlich bei ihren Arbeitsleistungen in unmittelbarer Beziehung zu dem Motor stehe, es genügt für die Begründung der Versicherungspflicht vielmehr die Thatsache, daß in dem Betriebe überhaupt ein Motor im obigen Sinne vorhanden sei.[17]) Jedoch entfällt die Versicherungspflicht von Betrieben genannter Art, wenn die Verwendung der Triebwerke ausschließlich nur in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht.

IV. Die oben hinsichtlich der Versicherungspflicht ausgeführten Grundsätze werden in mehrfacher Beziehung durchbrochen; es lassen sich von jenen Regeln Ausnahmebestimmungen statuiren, die theils in der Art der Beschäftigung bezw. des Betriebs, theils in persönlichen Verhältnissen eines Beschäftigten ihre Grundlage finden, die theils gewisse Personen von vorne herein der Versicherungspflicht nicht unterwerfen, theils eine Befreiung von derselben unter bestimmten Voraussetzungen zulassen.

Unter diese Ausnahmen fallen

a. Personen, die in einem im Umherziehen ausgeübten

---

17) Die Absicht des § 1 Ziff. 3 des Ges. ist, den Angehörigen derjenigen Betriebe, welche unter keine der andern versicherungspflichtigen Kategorien fallen, während gleichwohl die Statuirung des Versicherungszwanges in Folge der Gleichartigkeit der socialen Verhältnisse der Beschäftigung selbst bezw. deren Krankheitgefahr als erforderlich erscheint, z. B. den Arbeitern einer vom Staate ohne die auf Erwerb gerichtete Absicht betriebenen Druckerei, einer Armenwerkstätte 2c. die Wohlthaten des Gesetzes zukommen zu lassen; zugleich hat die generelle Zusammenfassung der nach dem Gesichtspunkte ihrer besonderen Krankheitsgefahr versicherungspflichtigen Betriebe den Zweck, eine gewisse Gleichheitlichkeit mit dem Unfallversicherungsinstitute (vergl. § 1 Abs. 3 des Unfallversicherungsges.) herzustellen. — Der Begriff des Betriebs ist hier im engsten Sinne aufzufassen und umfaßt nur diejenige Anlage, auf welche das Triebwerk seine unmittelbare hauptsächliche Wirksamkeit speziell ausübt, so daß eine und dieselbe Unternehmung hinsichtlich der Krankenversicherungspflicht als eine Mehrzahl von einzelnen Betrieben angesehen werden kann, welche ev. verschieden zu behandeln sind; so sind z. B. in einem — ein gewerbliches Unternehmen nicht darstellenden — Hoftheater nur diejenigen Personen versicherungspflichtig, welche mit den Maschinenwesen betraut sind, versicherungspflichtig, während andere Personen z. B. ein Garderobier oder Theaterdiener dem Versicherungszwange nicht unterliegt.

Gewerbebetriebe beschäftigt sind, welche Personenklasse überhaupt niemals unter die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes fällt. Die Definition des Hausirgewerbes ist ebenfalls dem von der Gewerbeordnung in § 55 gegebenen Begriffe zu entnehmen; demnach ist unter demselben diejenige Erwerbsthätigkeit zu verstehen, welche außerhalb des Gemeindebezirks, in welchem der Gewerbsmann seinen Wohnsitz hat, oder dessen nächster Umgebung ausgeübt wird, wenn hiemit die Begründung einer gewerblichen Niederlassung[18]) nicht verbunden ist und keine vorgängige Bestellung vorliegt.

b. Alle in § 2 des Gesetzes aufgeführten Personen sind von dem unbedingten Versicherungszwange ausgenommen und können nur auf Grund eines communalen Statuts in den Kreis der Krankenversicherung einbezogen werden. Hierüber s. unten § 9 und § 11 III.

c. Beamte, welche in Betriebsverwaltungen des Reichs, eines Bundesstaats oder eines Communalverbandes angestellt sind, bleiben von den Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes vollständig befreit, falls ihre Anstellung mit festem Gehalte verbunden ist.[19])

d. Betriebsbeamte[20]) überhaupt sind dem Krankenversicherungszwange entrückt, wenn ihr Arbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt den Betrag von $6^2/_3$ M. für den Arbeitstag übersteigt; die Abgrenzung des Begriffs der Betriebsbeamten in diesem Sinne, welcher sich von demjenigen der unter c. oben aufgeführten Beamten streng unterscheidet, läßt sich nicht

---

18) Nämlich am Orte des Betriebs; ein Gewerbe ist sonach an einem bestimmten Orte auch dann als Hausirgewerbe anzusehen, wenn an einem anderen Orte für den Betrieb eine Niederlassung begründet ist.

19) Andere Kriterien als der Bezug eines festen — auch während einer Krankheit fortzugewährenden — Gehalts sowie die Dienstleistung in einer Betriebsverwaltung des Reichs, Staats, Communalverbands erscheinen nicht als erforderlich, auch wenn das einschlägige Landesrecht den Begriff der Beamteneigenschaft enger begrenzt. Gleichgültig ist die Höhe des festen Gehalts. Ueber die Versicherungsberechtigung jener Betriebsbeamten s. unten § 10 II.

20) Vergl. hierüber die Motive des Unfallversicherungsgesetzes S. 60 sowie v. Wödtke's Commentar zu demselben S. 45 und 46. Die mehr als $6^2/_3$ M. beziehenden Betriebsbeamten können freiwillig der Versicherung beitreten.

allgemein feststellen, erfordert vielmehr eine Beurtheilung der konkreten Arbeitsverhältnisse in einem bestimmten Betriebe; jedenfalls aber setzt die Betriebsbeamteneigenschaft die Verrichtung von Arbeitsleistungen höherer Art, insbesondere u. a. auch in der Beaufsichtigung und Leitung des Betriebes oder eines Theiles desselben bestehend, voraus.

e. Sämmtliche Personen, welche im Krankheitsfalle mindestens für dreizehn Wochen auf Verpflegung in der Familie des Arbeitgebers oder auf Fortzahlung des Gehaltes oder Lohnes Anspruch haben, sind trotz ihrer an und für sich bestehenden Versicherungspflicht von dieser unter der Voraussetzung befreit, daß sie einen hierauf gehenden Antrag stellen, bezw. den ihnen zustehenden Anspruch nachweisen.

f. Bezüglich der Personen, deren Beschäftigung nur vorübergehend oder durch den Arbeitsvertrag auf weniger als eine Woche beschränkt ist[21]), s. unten § 9 II.

2. Die bedingt versicherungspflichtigen Personen.

§ 9.

I. In § 2 zählt das Gesetz gewisse Kategorien von Personen auf, welche zunächst von den Wirkungskreis des Krankenversicherungsgesetzes befreit sind, jedoch unter gewissen Voraussetzungen in dessen Bereich gezogen werden können.

Die Bedeutung jenes § 2 äußert sich nach zwei Richtungen, indem derselbe in Verbindung mit § 1 des Gesetzes

a. bestimmte Klassen von Beschäftigten einem allerdings nur bedingten, eventuellen Versicherungszwange unterwirft, andererseits

b. die sämmtlichen in § 2 des Gesetzes aufgeführten Personen, in so weit sie nach § 1 einer unbedingten Versicherungspflicht an und für sich unterlägen, von dieser ausnimmt, so daß ersterer Paragraph im Verhältnisse zu letzterem hienach die Stellung einer exceptionellen Bestimmung einnimmt.[1])

---

21) Auch diesen zunächst nicht versicherungspflichtigen Personen steht eine Versicherungsberechtigung zur Seite.

1) Bezüglich der inneren Gründe, welche diese Ausdehnung der Versicherungspflicht einerseits, andererseits deren Beschränkung rechtfertigen, s. Motive des Ges. und Commissionsbericht S. 13.

Die Voraussetzung, an welche die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die in § 2 bezeichneten Personenklassen geknüpft ist, besteht in der rechtswirksamen Erlassung einer statutarischen Vorschrift[2]) Seitens der Gemeinde für ihren Bezirk oder des weiteren Communalverbandes für seinen Bezirk oder Theile desselben.

Die Wirkung einer derartigen statutarischen Vorschrift äußert sich für die hiedurch betroffenen Personenkategorien in der Uebertragung der für die absolut Versicherungspflichtigen geltenden Grundsätze auf jene Klassen, welche nunmehr gleich denselben behandelt werden.[3])

II. Diejenigen Personen, welche auf dem Wege statutarischer Vorschrift dem Versicherungszwang unterstellt werden können, sind:

a. die Handlungsgehülfen, deren Begriffsbestimmung auf Art. 57 des Handelsgesetzbuches fußt. Hienach sind unter denselben diejenigen in einem Dienstverhältnisse zu einem Kaufmanne (Art. 4 des Handelsgesetzbuchs) kaufmännischen, zu kaufmännischen Dienstleistungen angenommenen Hülfspersonen, die jenem beim Betriebe seines Handelsgewerbes behülflich sind[4]); es gehören also hieher neben den Commis[5]), Reisenden 2c. auch die Handlungslehrlinge (im Krankenversicherungsgesetz auch ausdrücklich benennt) und sind des Weiteren nach besonderer gesetzlicher Vorschrift auch die Gehülfen und Lehrlinge in Apotheken bedingt versicherungspflichtig. Nach anderen Gesichtspunkten sind dagegen Personen zu beurtheilen, welche zwar im Dienste eines Kaufmanns stehen, jedoch nicht als dessen kauf-

---

2) S. hierüber unten § 11 III.

3) Die Versicherungspflicht ergreift hienach auch hier im Allgemeinen nur die dauernd gegen Lohn oder Gehalt von einem Arbeitgeber Beschäftigten, soweit das Gesetz nicht selbst in § 2 Ziff. 1 und 5 Ausnahme statuirt. Auch die Betriebsbeamten der in § 2 des Ges. bezeichneten Betriebe sind bei einem 6⅔ M. übersteigenden Lohne unter allen Umständen der Versicherung enthoben. — Vergl. dagegen auch § 54 des Gesetzes.

4) S. F. Kowalzig, Allgemeines deutsches Handesgesetzbuch 2c. S. 66, Berlin 1876. Thöl definirt die Handelsgehilfen als diejenigen Personen, welche für die faktische Betreibung des Handelsgeschäftes angestellt sind.

5) Auch wenn die Commis an Gewinn oder Verlust participiren.

männische Gehülfen, sondern als seine Gewerbegehülfen oder Dienstboten zu betrachten sind.[6])

b. Personen, welche in einem andern Transportgewerbe[7]) als im Eisenbahn- und Binnendampfschifffahrtsbetriebe beschäftigt sind, wobei insbesondere die Meerschifffahrt, die Gewerbe der Dienstmännerinstitute, die Flößerei, Fuhrwerksbetriebe, Omnibusunternehmungen, Schifffahrtsbetriebe, in welchen nicht Dampf verwendet wird, rc. in Betracht kommen.

c. Die in Land- und Forstwirthschaft beschäftigten unselbständigen Personen, jedoch unter Ausschluß des Gesindes und der in land- oder forstwirthschaftlichen Nebenbetrieben[8]), welche als selbständige und gewerbliche Natur besitzend schon unter § 1 des Gesetzes fallen, beschäftigten Personen. Vergl. v. Wödtke S. 37—42.

d. Diejenigen der Art ihrer Beschäftigung nach an und für sich absolut versicherungspflichtigen Personen des § 1 des Gesetzes, welche gleichwohl in Folge der Kürze der Arbeitsdauer von der unbedingten Versicherungspflicht ausgenommen sind, das sind diejenigen gegen Lohn oder Gehalt in einem versicherungspflichtigen Betriebe arbeitenden Personen, deren Beschäftigung ihrer Natur nach eine vorübergehende oder durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist.[9])

---

6) Z. B. gehört das Küchenpersonal eines Wirthes nicht zu den Handlungsgehülfen, ebensowenig die Näherinen eines Confektionsgeschäftes, die Bräugehilfen einer Bierbrauerei, das technische Personal einer Fabrik rc. Thatsächlich erscheint jedoch vielfach eine strenge Scheidung zwischen Handlungsgehülfen, Gewerbegehülfen und Dienstboten eines Kaufmanns schwierig. Der Geist des Krankenversicherungsgesetzes dürfte eine möglichste Ausdehnung des Versicherungszwanges in zweifelhaften Fällen ergeben.

7) Transportbetriebe, welche nicht gewerbsmäßig betrieben werden, gehören nicht hieher.

8) S. oben § 8 II.

9) Die Hereinziehung dieser nur vorübergehend beschäftigten Arbeiter wird selbstverständlich — wie überhaupt bei der Mehrzahl der bedingt Versicherungspflichtigen — praktisch nicht unerheblichen Schwierigkeiten begegnen, deren möglichste Behebung unter Berücksichtigung der speziellen Arbeitsverhältnisse an gegebenem Orte Aufgabe der Communalbehörde ist; eine allgemeine, ausnahmslose Durchführung des Versicherungszwanges bezüglich aller vorübergehend Beschäftigten dürfte kaum als möglich erscheinen, wie auch die Reichstagsverhandlungen ergaben.

e. Personen, welche von einem Gewerbetreibenden außerhalb seiner Betriebsstätte beschäftigt werden; es muß jedoch auch hier diese Beschäftigung zu dem stehenden Gewerbebetriebe in einer inneren, mindestens mittelbaren und nicht bloß vorübergehenden Beziehung stehen d. h. dieselbe muß selbst einen Theil des Betriebes repräsentiren, so daß sie nur zu Folge des Ortes der Arbeitsbethätigung eine Sonderstellung innerhalb des Betriebes einnimmt.[10])

Während im Allgemeinen ausschließlich nur unselbständige Personen, d. h. solche, welche einen Dienstvertrag mit einem Arbeitgeber als dem Geschäftsherrn eingegangen sind, in den Bereich der obligatorischen Krankenversicherung gezogen werden, kann ausnahmsweise der statutarische Versicherungszwang auf selbständige Personen ausgedehnt werden, nämlich auf

f. solche selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und auf Rechnung anderer Gewerbetreibender mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden.[11]) Als Voraussetzung der Möglichkeit, diese Personen zur Versicherung heranzuziehen, muß auch hier neben dem Bezuge von Lohn die Dauer des Geschäftsverhältnisses zwischen dem Hausindustriellen und dem abnehmenden Gewerbetreibenden betrachtet werden; bloß vorübergehend derartig beschäftigte Hausindustrielle können niemals der Versicherungspflicht unterworfen werden.[12]) — Die von den-

---

10) Es fallen hienach nicht hierunter z. B. Maurer, die ein Stockwerk auf das Fabrikgebäude eines versicherungspflichtigen Betriebs aufbauen, wohl aber z. B. Handlungsreisende, Colporteure, auch gehören manche der in Transportgewerben (s. oben unter b) beschäftigten Personen, wie die Angehörigen eines Dienstmännerinstituts, auch unter diese Kategorie. Wie die Motive hervorheben, bereitet insbesondere auch der Umstand, daß jene Personen häufig für mehrere Unternehmer arbeiten größere praktische Schwierigkeiten.

11) Dies ist die Legaldefinition der Hausindustrie; jedoch läßt sich hiebei eine sichere Grenze jener eine Mittelstufe zwischen den übrigen selbständigen Gewerbetreibenden und den gewerblichen Arbeitern bildenden Kategorie der Hausindustriellen begrifflich und allgemein nicht wohl feststellen; auch die Bestimmung der Person des Arbeitgebers erscheint oftmals sehr zweifelhaft. S. hierüber die Motive des Ges.

12) Es ist dies zu folgern aus den Worten des § 2 des Gesetzes: „kann die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt werden“. Doch braucht das Arbeitsverhältniß nur objektiv auf Seite des Hausindu-

selben beschäftigten unselbständigen Personen fallen nicht unter diese Kategorie, sind vielmehr nach den allgemeinen Grundsätzen zu beurtheilen.

III. Die statutarische Vorschrift der Gemeinde oder des weiteren Communalverbandes ergreift entweder die sämmtlichen in § 2 des Gesetzes aufgeführten Personen oder nur einen Theil derselben und zwar kann der Versicherungszwang auch auf nur einzelne engere Kategorien unter den sechs verschiedenen Klassen erstreckt werden; unzulässig ist es jedoch, bestimmte Individuen für sich allein herauszugreifen und für versicherungspflichtig zu erklären.

B. Die versicherungsberechtigten Personen.

§ 10.

I. Die Angehörigen gewisser Personenklassen treten bezüglich der Krankenversicherung lediglich als Berechtigte auf, indem sie — dem gesetzlichen Versicherungszwange nicht unterworfen — mit der Befugniß ausgestattet sind, sich nach Belieben freiwillig in das Versicherungsverhältniß zu begeben, ohne daß die einschlägige Kasse bezw. Gemeinde ein Einspruchsrecht wirksam geltend machen könnte.[1])

II. Als Versicherungs-Berechtigte können in Betracht kommen[2]):

a. alle diejenigen Personen, welche durch communale statutarische Vorschrift nach § 2 des Gesetzes dem Versicherungszwange unterworfen werden könnten[3]);

b. Personen, welche von der Versicherungspflicht in Folge des Nichtbezuges von Gehalt oder Lohn bezw. dessen Surrogat, ausgenommen sind;

---

striellen, nicht auch bezüglich eines bestimmten Arbeitgebers ein dauerndes zu sein.

1) Vergl. hierüber unten § 12 I.

2) Die als versicherungsberechtigt aufgeführten Personen haben nur ein relatives Versicherungsrecht d. h. nicht jedem Versicherer gegenüber, sondern nur bezüglich gewisser Versicherungsinstitute; s. unten § 14 III.

3) Mit Rücksicht auf den Wortlaut des § 2 Ziff. 1 des Ges. sind die vorübergehend in einem in § 2 des Ges. genannten Betriebe nicht als versicherungsberechtigt zu betrachten.

c. die im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats oder einer Commune stehenden Betriebsbeamten;

d. sämmtliche Betriebsbeamte überhaupt, deren Arbeitsverdienst den Betrag von sechs zwei drittel Mark für den Tag übersteigt;

e. Dienstboten, das sind Personen, welche sich zur Leistung gewisser häuslicher oder wirthschaftlicher Dienste niederer Art auf Zeit gegen einen bestimmten Dienstherren verpflichten[4]);

f. die sämmtlichen in einem Gewerbszweige oder in einer Betriebsart beschäftigten unselbständigen Personen, für welche an dem gegebenen Orte eine Ortskrankenkasse errichtet ist, sowie alle in einem Betriebe oder bei einem Bau beschäftigten Personen, für welche eine Betriebs- bezw. Baukrankenkasse besteht, so weit dieselben nicht unter den Versicherungszwang fallen;

g. überhaupt sämmtliche Personen, welchen das Kassenstatut den Beitritt ausdrücklich gestattet.[6])

Außer den genannten zum Beitritt befugten Personen sind des Weiteren versicherungsberechtigt

h. diejenigen Personen, welche einem Versicherungsinstitute bisher angehört haben.[7])

4. Abschnitt.

Das Versicherungsverhältniß.

A. Begründung des Versicherungsverhältnisses.

I. Allgemeine Versicherungsgründe.

1. Gesetzlicher Zwang.

§ 11.

I. Das Versicherungsverhältniß d. h. die Gesammtheit der rechtlichen Beziehungen, welche zwischen dem Versicherer und

4) S. v. Wödtke S. 47. Bei einer Concurrenz von Dienstbotenverrichtungen und einer den Versicherungszwang begründenden Beschäftigung ist der letzteren die principale Bedeutung beizumessen und zu Gunsten der strengeren Form der Versicherung zu entscheiden.

5) S. § 19, Abs. 3, § 63 Abs. 2 bezw. § 72 Abs. 3 des Ges.

6) Während im Allgemeinen nur eine generelle Bestimmung der Eintrittsberechtigten möglich ist, kann in obigem Falle eine individuelle Bezeichnung der Versicherungsberechtigten nicht beanstandet werden.

7) Vergl. hiezu unten § 14 IV.

dem Versicherten obwalten, findet seine allgemeine Grundlage nach bestehendem Rechte in zwei principiell völlig verschiedenen Voraussetzungen, es beruht entweder auf gesetzlichem Zwange oder auf freiem Willen.

Der Zwang als allgemeiner Versicherungsgrund stützt sich auf eine öffentlichrechtliche Vorschrift, welche ohne Rücksicht auf die Zustimmung des Einzelnen den Angehörigen gewisser Personenklassen ein rechtliches Verhältniß oktroyrt, dieselben mit gewissen Verpflichtungen belegt und mit gewissen Rechten ausstattet. Während die äußere Berechtigung des Staates, in die private Willenssphäre einzugreifen, demselben vermöge seiner Justizhoheit inne wohnt, leitet sich die innere Berechtigung des Staates aus der ihm obliegenden Aufgabe ab, die ökonomischen Verhältnisse des Volkes in gesundem, ein allzu tiefes wirthschaftliches Herabsinken der Bewohner verhinderndem Zustande zu erhalten, einem Zwecke, dessen Erfüllung das Gesammtstaatsinteresse so stark berührt, daß die Unterwerfung der Privatwillkür unter dasselbe als geboten erscheint.

Hieraus geht hervor, daß die Grundlage des Versicherungsverhältnisses eine öffentlichrechtliche, dem Boden des Privatrechtes entrückt sei, um so mehr, als die Versicherung nicht um des Einzelnen willen geschaffen, dieser vielmehr nur als Objekt erscheint.

II. Die genannte staatliche Zwangsbefugniß kann sich hinsichtlich der Krankenversicherung in doppelter Form äußern

a. entweder bestimmt der Staat nur, daß die in Frage kommenden Individuen in irgend einer Weise dem Versicherungszwecke genügen, daß sie überhaupt versichert sein sollen, überläßt aber die Wahl des Versicherungsgebers ihrem Belieben, System des Kassenzwangs, oder

b. er bezeichnet außerdem zugleich in bindender Weise die Person des Versicheres, d. h. er schreibt vor, welchem — staatlich organisirten — Versicherungsinstitute die zu versichernden Personen beizutreten haben, System der Zwangskassen.

Die deutsche Gesetzgebung hat unter Zugrundelegung des Kassenzwangs das System der Zwangskassen zwar principiell angebahnt, aber nicht ohne weit gehende Ausnahmen durchgeführt; die auf dem Gesetze vom 15. Juni 1883 beruhenden Zwangskassen (bezw. Gemeindeversicherung) begründen nämlich

nur subsidiär einen zwangsweisen Eintritt, indem das Gesetz die Zugehörigkeit zu jenen nur dann als verbindlich festsetzt, wenn die zu versichernden Personen nicht — wie es das Gesetz vermöge des auf dem Gebiete der Krankenversicherung herrschenden Princips der Freizügigkeit gestattet — einem andern, im Gesetze selbst bezeichneten Versicherungsinstitute beigetreten sind; dieser bedingte, subsidiär ausgeübte Zwang äußert sich in der Weise, daß alle Versicherungspflichtigen, welche nicht Mitglieder einer freien Hülfskasse, einer Knappschaftskasse, einer Innungs-, Bau- oder einer Betriebskrankenkasse sind, der Ortskrankenkasse als der nach den Intentionen des Gesetzes normalen Trägerin der Krankenversicherung angehören müssen und erst dann, wenn auch jene nicht als Versicherungsgeberin Platz greift, der Gemeindeversicherung zufallen.[1])

III. Der Seitens des Staates ausgeübte Zwang manifestirt sich auf doppeltem Wege, das Gesetz bestimmt theils selbst unmittelbar diejenigen Personen, welche dem Versicherungszwange unterliegen sollen,[2]) theils begründet es für gewisse Personen-

1) Die Frage, welches Versicherungsinstitut im einzelnen Falle Zuständigkeit besitzen solle d. h. die Stelle des Versicherers einzunehmen habe, regelt sich folgendermaßen: Ein primärer Zwang, einer bestimmten Kasse beizutreten, könnte nur etwa für Knappschaftskassen für die im Bergwesen Beschäftigten kraft landesgesetzlicher Bestimmung (s. § 74, Abs. 5 des Ges.) in Frage kommen; im Uebrigen herrscht völlige Freizügigkeit in der Weise, daß jeder Versicherungspflichtige in einer beliebigen Hülfskasse (nach § 75 d. Ges.) seiner Versicherungspflicht genügen kann; gehört er keiner Hülfskasse an, so tritt, wenn er bei einem Innungsmeister beschäftigt ist, nothwendiger Weise die betr. Innungskrankenkasse (s. § 73 des Ges.) als Versicherungsgeberin ein; ist der Versicherungspflichtige in einem mit einer Betriebskrankenkasse ausgestatteten Betriebe thätig, so erwirbt er von selbst die Mitgliedschaft in dieser (s. § 59 des Ges.), arbeitet er bei einem mit einer Baukrankenkasse (s. § 69 des Ges.) versehenen Bauunternehmen, so hat er dieser beizutreten.

Versicherungspflichtige Personen, welche weder einer freien Hilfskasse einerseits oder einer Innungs-, Betriebs-, Baukrankenkasse oder einer Knappschaftskasse angehören, werden von selbst Mitglieder der Ortskrankenkasse und wenn diese entweder überhaupt nicht an dem Beschäftigungsorte oder wenigstens nicht für den speziellen Gewerbszweig besteht, so tritt endlich die höchst subsidiäre Gemeindeversicherung ein.

2) Neben dem Reichsgesetze können auch die Landesrechte noch weitere Kreise von Personen in den Bereich der Zwangsversicherung hereinziehen (insbesondere hat das bayerische Gesetz vom 28. Februar 1884 hievon Gebrauch gemacht), jedoch nur hinsichtlich der Gemeindeversicherung; vergl. oben § 6 III.

klassen nur eine eventuelle Versicherungspflicht und überträgt die Befugniß, diese thatsächlich einzuführen, auf die gesetzlichen Organe des engeren oder weiteren Communalverbandes.[3]) (S. oben § 8 und 9, s. ferner § 1 und 2 des Ges). Das von diesen erlassene Statut muß unter genauer Bezeichnung der hiedurch der Versicherungspflicht zu unterwerfenden Kategorien über gewisse bedeutsame Punkte[4]) Bestimmung treffen, ist in der für Bekanntmachungen der Gemeindebehörden vorgeschriebenen Form zu publiziren und bedarf der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde.

2. Freiwilligkeit.

§. 12.

I. Neben dem gesetzlichen Zwange als dem hauptsächlichen Versicherungsgrunde statuirt das Gesetz noch die vom freien Willen einer Person abhängige Möglichkeit, dem Versicherungsverhältnisse zuzugehören.

Dieser aus der eigenen Initiative hervorgehende Eintritt in den Versicherungsstand ist unabhängig von der Einwilligung des Versicherers, ist demgemäß lediglich ein Recht des Versicherungsnehmers und entspricht dieser einseitigen Befugniß die Verpflichtung des ersteren zur Aufnahme des Versicherungsberechtigten, während bei der Zwangsversicherung auf beiden Seiten sowohl Recht als Verpflichtung[1]) der Versicherung, bezw. der Aufnahme in dieselbe sich ergibt. Jedoch ist dieses einseitige Recht auf Versicherung niemals ein absolutes, sondern an die Voraussetzung geknüpft, daß überhaupt dasjenige Versicherungsinstitut bestehe, welches zur Aufnahme verpflichtet sein soll.[2])

---

3) Als weiterer Communalverband kommt in Bayern der Distrikt in Betracht, s. § 1 der k. allerh. Verordnung vom 14. Mai 1884.

4) Solche sind die Verpflichtung zur An= und Abmeldung sowie die Verpflichtung zur Einzahlung der Beiträge. Der Mangel derartiger Bestimmungen würde die Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde hindern.

1) Die eventuelle Geltendmachung dieser Berechtigungen, bezw. Verpflichtungen fällt unter § 58, Abs. 1 des Ges., competirt also zur Aufsichtsbehörde.

2) Es ist dies von Bedeutung namentlich bei der Frage, ob die Gemeindeversicherung bei Fehlen versicherungspflichtiger Personen für die Versicherungsberechtigten allein schon in's Leben gerufen werden

II. Ihrem Inhalte nach ist die auf der Basis des eigenen Impulses beruhende Versicherung dieselbe wie die auf dem Boden des gesetzlichen Zwanges stehende und ist sie im Allgemeinen nach den gleichen Gesichtspunkten zu betrachten.

Das Recht, gegen Krankheit versichert zu sein, kann sich in doppelter Form äußern, nämlich dergestalt, daß ein Versicherungsberechtigter in das Versicherungsverhältniß neu eintritt oder indem er dasselbe, nachdem er ihm bisher kraft gesetzlichen Zwanges unterworfen war, nach Wegfall der denselben begründenden Voraussetzungen freiwillig fortsetzt; eine besondere Art der Versicherungsfortsetzung wird bei der Mehrzahl der Versicherungsinstitute [3]) durch Erwerbslosigkeit [4]) begründet, welche als bloße Thatsache ohne jede andere Voraussetzung [5]) die Fortdauer des bisherigen Versicherungsverhältnisses sowohl für die Versicherungspflichtigen als Berechtigten erzeugt.

II. Begründung des Versicherungsverhältnisses in der Person des einzelnen Versicherungsnehmers.

1. Eintritt in die Beschäftigung.

§ 13.

I. Derjenige Akt, welcher das Versicherungsverhältniß im konkreten Falle vermittelt, ist regelmäßig der Eintritt einer Person in die Beschäftigung in einem Betriebe, bezüglich dessen entweder unmittelbar auf Grund des Gesetzes oder kraft statutarischer Vorschrift der Versicherungszwang eingeführt ist. Es ergibt sich als Folge des Princips des Kassenzwangs, daß die bloße Thatsache der Beschäftigung in einem Betriebe genannter Art sofort eine Versicherungspflicht begründet und ist es ferner eine Consequenz des reichsrechtlich normirten — wenn auch

---

soll, und muß diese Frage verneint werden, da das Gesetz nur von einem „Beitritt", also einer Aufnahme in ein schon bestehendes Versicherungsinstitut spricht und außerdem praktische Erwägungen von einer entgegengesetzten Schlußfolgerung abhalten dürften.

3) Das sind Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen.

4) Dieselbe ist zu definiren als eine durch Mangel an Arbeitsverdienst hervorgerufene unverschuldete Unmöglichkeit, sich den nöthigen Unterhalt zu verschaffen.

5) Die Erwerbslosigkeit setzt das Versicherungsverhältniß ipso jure fort unabhängig von dem Erfordernisse eines ausdrücklichen Willensaktes.

nur bedingten — Zwangskassensystems, daß außerdem aus der Thatsache der Beschäftigung noch die unmittelbare Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versicherungsinstitute ohne Weiteres entstehen kann.

Es lassen sich folgende Regeln aufstellen:

a. Die Versicherung gründet sich nicht auf einen auf Eintritt in dieselbe gerichteten Willensakt, vielmehr entsteht sie unabhängig hievon ipso jure, also auch ohne Wissen und Willen des zu Versichernden einzig und allein als Folge der Beschäftigung, mit deren Beginn der Versicherungszustand schon perfekt geworden ist, kann also — zufolge ihrer öffentlichrechtlichen, socialpolitischen Grundlage — niemals durch entgegenstehende private Vereinbarung [1]) ausgeschlossen werden.

b. Der auf der Beschäftigung beruhende Versicherungszwang ergreift gleichmäßig alle innerhalb des deutschen Reiches [2]) unter die allgemeinen Voraussetzungen des Gesetzes fallenden Personen ohne Unterschied der Staatsangehörigkeit.

c. Entscheidend für die Frage, ob und in welcher Weise der Versicherungspflicht zu genügen sei, ist immer nur der Ort der Beschäftigung. [3]) [4]) [5])

II. Die Beschäftigung als diejenige Thatsache, mit welcher sich der Eintritt in das Versicherungsverhältniß vollzieht,

---

1) auch nicht durch etwaigen Erlaß der Versicherungspflicht Seitens einer Gemeinde bezüglich der Gemeindeversicherung.

2) Fraglich erscheint es dagegen, ob nicht unter gewissen Umständen das Gesetz über die Grenzen des Reichs hinauswirken und die Versicherungspflicht begründen wolle z. B. bei einer über die Grenze hinausreichenden staatlichen Eisenbahnbauunternehmung.

3) Völlig gleichgültig ist also auch der Wohnsitz des Versicherungspflichtigen, selbst dann, wenn dieser als Ausländer seinen Wohnsitz im Auslande hat, wie dies in Grenzbezirken häufig der Fall sein wird.

4) Die Bestimmung des Ortes d. i. des Gemeindebezirkes der Beschäftigung mag unter Umständen schwierig sein, wo sich diese auf mehrere Gemeindebezirke erstreckt z. B. in einem gerade auf der Grenze mehrerer Bezirke stehenden Betriebe; allgemeine Regeln lassen sich hier nicht aufstellen, so daß die Entscheidung der Beurtheilung des einzelnen Falles überlassen bleiben muß.

5) Der Ort der Beschäftigung ist auch allein maßgebend für die Bestimmung, wo die Unterstützung geleistet werden soll und ist diese Mangels einer abweichenden Bestimmung des Kassenstatuts der O.-Kr.-K. oder eines besonderen Gemeindebeschlusses auch nur am Orte der Beschäftigung zu gewähren.

muß eine besonders geartete, qualifizirte, sein; damit der Beginn derselben als Versicherungsakt wirksam werde, muß sie folgende Voraussetzungen haben:

a. Die Beschäftigung muß auf einem Miethvertrage (locatio conductio operis oder operarum) mit einem Arbeitgeber beruhen, wonach dieser gegen gewisse Arbeitsleistungen zur Gewährung von Vermögensvortheilen verpflichtet ist; sie muß demgemäß eine entgeltliche[6]) sein, also durch Geldbeträge oder Naturalleistungen abgelohnt werden.[7]) Ein bloß thatsächliches Arbeitsverhältniß, welches nicht auf einer freien Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer basirt,[8]) begründet das Versicherungsverhältniß nicht. — Ausnahmsweise können auch selbständige Gewerbetreibende, die in der Hausindustrie Beschäftigten, in den Kreis der versicherungspflichtigen Personen hereingezogen werden.

b. Die Beschäftigung in einem Betriebe muß eine dauernde[9]) sein; die Dauer erscheint dann als ausgeschlossen, wenn sich entweder aus der Beschaffenheit des Objektes der Arbeit deren nar vorübergehende Natur von selbst ergibt oder wenn sich der Wille der Contrahenten bei Eingehnng des Arbeitsvertrags von vorne herein auf eine Beschäftigszeit von weniger als einer Woche richtet.[10]) Durch communales Statut können indessen

---

6) Unentgeltlich in einem Betriebe arbeitende Personen sind versicherungsberechtigt; im Uebrigen begründet auch schon die Gewährung eines Minimums an Vermögensvortheilen die Versicherungspflicht.

7) Neben Lohn und Gehalt nennt das Gesetz noch Tantiemen und Naturalbezüge; diese letzteren können insbesondere in freier Wohnung, Heizung, freiem Unterhalte 2c. bestehen und sind nach den lokalen Durchschnittspreisen in Ansatz zu bringen. — Die Gewährung anderer Vortheile als Geld und Naturalien (vergl. § 115 der G.-O.), namentlich auch die Leistung von nicht vermögensrechtlichen Vortheilen z. B. die Unterweisung eines Lehrlings genügt nicht zur Entstehung der Versicherungspflicht, auch wenn jene materielle Wirkungen zu Gunsten des Arbeitnehmers ausüben.

8) Hieher sind insbesondere die in Strafanstalten beschäftigten Personen zu zählen, welche auch bei Empfang eines kleinen Lohnbetrags wegen des Mangels eines freien Vertragsverhältnisses nicht in den Bereich der Versicherung fallen.

9) nämlich einem bestimmten Arbeitgeber gegenüber.

10) Zweifelhaft ist es, ob auch dann, wenn durch zufällige Umstände die Arbeitsdauer den Zeitraum von einer Woche oder mehr erreicht, die Versicherungspflicht nicht begründet werde; sicher jedoch erscheint, daß

auch die nur vorübergehend Beschäftigten dem Versicherungszwange unterworfen werden.

c. Die Beschäftigung muß zu dem Betriebe, bezüglich dessen die Versicherungspflicht statuirt ist, in einer nothwendigen inneren dauernden Beziehung stehen, sie muß selbst einen Theil des Betriebs ausmachen; eine Arbeitsleistung, die zwar mit dem Betriebe in einem gewissen äußeren Zusammenhang steht, jedoch unabhängig von dessen Eigenthümlichkeit zunächst einen selbständigen Zweck verfolgt, kann nicht als „im" Betriebe (s. u. a. § 1 des Ges.) bethätigt angenommen werden und ist daher nicht nach den für diesen geltenden Grundsätzen zu beurtheilen.

III. Der Eintritt in eine so geeigenschaftete Beschäftigung erzeugt unmittelbar die Zugehörigkeit zu derjenigen Kasse, welche für die an dem betr. Beschäftigungsorte in dem betr. Betriebszweige beschäftigten Personen errichtet ist, der Art, daß eine Zwangskasse mit spezielleren Personenkreise die übrigen Versicherungsinstitute ausschließt.[11]) Gänzlich ausgeschlossen wird diese Begründungsart der Versicherung durch Vertrag mit einer freien Hülfskasse und nach Umständen auch durch freiwillige Angehörigkeit zu einer Zwangskasse. S. hierüber § 14 und 15.

2. Einseitige Willenserklärung des Versicherungsnehmers.

§ 14.

I. Während sich für die versicherungspflichtigen Personen entsprechend dem Wesen der Zwangsversicherung das Versicherungsverhältniß allein an die Thatsache des Eintritts in die Beschäftigung knüpft, setzt die Aufnahme in dasselbe bei den lediglich versicherungsberechtigten Personen nothwendiger Weise

dann, wenn durch unvorhergesehene Umstände bei projektirter längerer Arbeitsdauer diese auf weniger als eine Woche reduzirt wird, gleichwohl die einmal begründete Zugehörigkeit zu einem Versicherungsinstitute nicht sofort mit der Erkenntniß dieser abgekürzten Arbeitsdauer erlischt.

11) Z. B. würde ein Schmied in einer Maschinenfabrik zunächst der für diese errichteten Betriebskrankenkasse, dann Mangels einer solchen der in fraglicher Gemeinde errichteten Ortskrankenkasse der Schmiede und, wenn auch eine solche nicht bestehen sollte, der subsidiären Gemeindeversicherung zufallen. Vergl. oben § 11, insbes. Note 1.

einen bestimmten Willensakt voraus, welcher einem bestimmten Versicherer gegenüber die Absicht, gegen Krankheit versichert sein zu wollen, ausdrückt.

Da die Zugehörigkeit zur Versicherung ein Recht des freiwillig derselben Beitretenden ist, so erscheint für diese schon eine einseitige Erklärung des auf Versicherung gerichteten Willens gegenüber dem aufnahmspflichtigen Versicherer die Entstehung des Versicherungsverhältnisses sofort als perfekt[1]) ohne Rücksicht auf die Zustimmung des Versicherers.

II. Als Form der Willensäußerung bestimmt das Gesetz bezüglich des Eintritts in die Gemeindeversicherung eine ausdrückliche — mündliche oder schriftliche — Willenserklärung beim Vorstande des Gemeindebezirks des Beschäftigungsortes; die freiwillige Mitgliedschaft in der Ortskrankenkasse setzt eine Willenserklärung durch mündliche oder schriftliche Anmeldung beim Kassenvorstande[2]) oder an der gemeinsamen Meldestelle[3]) voraus.

III. Die versicherungsberechtigten Personen[4]) können ihr Recht auf Versicherung nicht jedem beliebigen Versicherungsinstitute gegenüber geltend machen, sondern sind an einen bestimmten Versicherer gebunden.

Hienach haben Anspruch auf Eintritt in die Gemeindeversicherung im Bezirke ihres Beschäftigungsortes:

a. alle in § 1, 2 und 3 des Reichsgesetzes bezeichneten Personen, welche von der Versicherungspflicht ausgenommen sind;

b. die Dienstboten.

Der fakultative Beitritt zur Ortskrankenkasse ist gestattet

a. denjenigen Personen, welche einem Gewerbszweige oder einer Betriebsart angehören, für die am Beschäftigungsorte eine Ortskrankenkasse errichtet wurde, ohne daß sie jedoch dem Versicherungszwange unterliegen;

b. denjenigen, welchen das Kassenstatut den freiwilligen Eintritt ausdrücklich ermöglicht.

---

1) Eine andere Frage ist es, ob der Versicherer sofort nach der Aufnahme die Unterstützungsleistungen zu gewähren habe; vergl. hierüber unten § 26.

2) Aehnlich verhält es sich auch bei der Betriebs- und Baukrankenkasse.

3) S. § 49, Abs. 3 des Ges.

4) Hiezu s. oben § 10.

IV. Die freiwillige Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses nach Wegfall der die Versicherungspflicht begründenden Voraussetzungen alterirt die Natur der Versicherung nur hinsichtlich des Entstehungsgrundes, während diese im Uebrigen substantiell mit dem bisherigen Versicherungsbestande identisch ist, im Falle eintretender Erwerbslosigkeit auch ohne Weiteres von selbst die neue Form der freiwilligen Versicherung annimmt. Im Gegensatze hiezu erfordert jedoch letztere sonst einen besonderen Willensakt, welcher entweder in der ausdrücklichen Anzeige der auf Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses gehenden Absicht beim Kassenvorstande oder in der Weiterbezahlung der vollen Beiträge[5]), bei der Gemeindeversicherung stets nur in der ferneren Leistung der Kassenbeiträge als einer concludenten Handlung besteht.

Die freiwillige Versicherungsfortsetzung, welche regelmäßig nur die Weiterbetheiligung nicht mehr versicherungspflichtiger Personen ermöglichen soll, hat zudem in gewisser Beziehung noch die Funktion, die zwangsweise Zugehörigkeit zur Gemeindeversicherung auszuschließen; es kommt nämlich Mitgliedern einer Ortskrankenkasse (und Betriebs- und Baukrankenkasse), die nach Ausscheiden aus der die Mitgliedschaft in jener begründenden Beschäftigung an und für sich in Folge der neu aufgenommenen Beschäftigung nunmehr der Gemeindeversicherung zufallen würden, das Recht auf Fortsetzung der Mitgliedschaft in der bisherigen Kasse zu, so daß in diesem Falle der Versicherungspflicht durch freiwillige Zugehörigkeit zu einer Zwangskasse genügt wird.[6])

3. Vertrag[1]).

§ 15.

I. Nach den in § 13 und 14 entwickelten Grundsätzen

5) D. i. sowohl derjenigen des Versicherten als derjenigen von dessen Arbeitgeber.

6) S. § 4, Abs. 1 des Ges.

1) Obwohl diese Materie außerhalb des vom Verfasser gewählten Themas liegt, erscheint doch eine kurze Berührung derselben mit Rücksicht auf die zwischen Ortskrankenkassen und der Gemeindeversicherung einerseits und der Hülfskassen andererseits bestehenden Wechselbeziehungen für die Vollständigkeit der systematischen Darstellung erforderlich.

gründet sich die Eingehung der Versicherungsbeziehungen auf eine Vorschrift des öffentlichen Rechtes, welches entweder Versicherungszwang oder ein einseitiges Beitrittsrecht normirt, ohne daß in beiden Fällen ein Uebereinkommen zwischen Versicherungsgeber und Versicherungsnehmer von rechtlicher Erheblichkeit wäre. [2])

Gegensätzlich zu diesen auf öffentlichrechtlicher Grundlage beruhenden Entstehungsakten der Versicherung hat das Gesetz außerdem noch eine privatrechtliche Begründung derselben durch Aufnahme der einen Beitrittszwang niemals begründenden freien Hülfskassen [3]) in das zur Durchführung gelangte Krankenversicherungssystem zugelassen, indem es die Möglichkeit, der Versicherungspflicht auf dem Wege der freien Vereinbarung zu genügen, einräumt und erst subsidiär Mangels eines derartigen Vertragsabschlusses den Versicherungspflichtigen einem bestimmten Zwangsversicherungsinstitute überweist.

II. Der Vertrag wird perfekt durch gegenseitige, übereinstimmende, auf Herstellung des Krankenversicherungsverhältnisses gerichtete Erklärung des Versicherungsnehmers und Versicherungsgebers; jedoch muß, um die Zwangsversicherung auszuschließen,

a. der Vertrag mit einem vom Gesetze bezeichneten Versicherungsgeber d. i. eine eingeschriebene Hülfskasse oder eine auf Grund landesgesetzlicher Bestimmung errichtete Hülfskasse [4]) abgeschlossen sein, während die auf Krankenversicherung gerichtete Vereinbarung mit jedem andern Versicherungsgeber für die genannte Wirkung völlig belanglos ist,

---

2) Die Ansicht von Häpe (das Krankenversicherungsrecht 2c. S. 80 ff.) welcher sich bezüglich der Begründung des Versicherungsverhältnisses völlig auf den privatrechtlichen Boden stellt und in allen Fällen als den Begründungsakt einen Vertrag annimmt, bei welchem der etwa mangelnde Vertragswille allerdings durch das Gesetz supplirt werden müsse, widerspricht an sich schon den Grundprincipien des Gesetzes, welches aus höheren volkswirthschaftlichen Interessen einfach an gewisse Thatsachen ev. ohne Willen und Wissen des Versicherungspflichtigen den Versicherungszustand anknüpft, den Vertragsweg nur ausnahmsweise — gegenüber den freien Hülfskassen — zuläßt.

3) S. Reichsgesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen vom 7. April 1876.

4) S. § 75 des Ges.

b. der Versicherungsgeber einen gewissen Minimalbetrag an Krankenunterstützung [5]) gewähren.

III. Die auf Vertrag beruhende Mitgliedschaft kann Seitens der Versicherungspflichtigen sowohl mit Entstehung der Versicherungspflicht als auch erst später, also nach erfolgtem Eintritte in ein Zwangsversicherungsinstitut, begründet werden, in welch letzterem Falle der Austritt aus einer Zwangskasse gestattet ist, das Ausscheiden aus der Gemeindeversicherung dagegen von selbst erfolgt. [6]) Im Uebrigen kann die Mitgliedschaft in einer freien Hülfskasse kumulativ zur Angehörigkeit zu einer Zwangskasse hinzutreten, kann also Doppelversicherung [7]) Statt haben, während umgekehrt der Eintritt in eine Zwangskasse während der Dauer der Mitgliedschaft in einer freien Hülfskasse von jener abgelehnt werden kann.

B. Endigung des Versicherungsverhältnisses.

§ 16.

I. Das rechtliche Verhältniß, welches zwischen dem einzelnen Versicherer und Versicherten obwaltet, kann geendigt werden in der Person jedes der beiden.

Die Endigungsgründe, welche die Person des Versicherers betreffen, sind:

a. Untergang seiner Existenz [1]) durch Auflösung oder Schließung [2]);

b. Entfernung gewisser Kategorien von Mitgliedern aus der Kasse durch Ausscheidung;

c. die Begründung einer neuen Zwangskasse in so ferne, als dieselbe die bisherige Angehörigkeit zur Gemeindeversicherung

---

5) S. § 6 und 75 des Ges.

6) Auch gegen den erklärten Willen des Versicherten und auch dann, wenn die Gemeinde die Fortsetzung der Versicherung gestatten wollte, erlischt die Gemeindeversicherung ipso jure, da diese nach § 4 nur dann Platz greifen darf, wenn die Mitgliedschaft in keiner Kasse gegeben ist; vergl. jedoch v. Wödtke S. 66 N. 1.

7) Die Doppelversicherung hat nach § 26, Abs. 3 des Ges. im Falle der Ueberversicherung eine relative Kürzung der Krankenunterstützung zur Folge.

1) Dies nur bei Kassen, nicht auch bei der Gemeindeversicherung, in deren Wesen es liegt, daß sie einer Endigung nicht unterliegen kann.

2) S. hierüber oben § 5, sowie auch § 47 und 48 des Ges.

von selbst für diejenigen versicherungspflichtigen Personen löst, welche in den Personenkreis der neu entstandenen, nunmehr zunächst zuständigen Zwangskasse fallen.[3])

II. In der Person des einzelnen Versicherten wird die Versicherungsbeziehung zu einem bestimmten Versicherer gelöst durch

a. Ausscheiden aus der Beschäftigung.[4])

Der Austritt aus der bisherigen, die Versicherung begründenden Beschäftigung bei einem bestimmten Arbeitsgeber kann entweder in der gänzlichen Aufgabe überhaupt jeder Beschäftigung oder im Uebertritt zu einem an gegebenem Orte[5]) nicht unter den Versicherungszwang fallenden Betriebe oder endlich in einem bloßen Wechsel des Arbeitgebers bei fortdauernder Versicherungspflicht bestehen. In den beiden ersten Fällen geht der Bestand der Versicherung überhaupt unter[6]); in letzterem Falle der fortbestehenden Versicherungspflicht tritt nur eine Veränderung in der Person des Versicherers ein und zwar nur dann, wenn durch Vertauschung des Berufszweiges oder des Bezirkes des Beschäftigungsortes mit einem anderen der Versicherungspflichtige von selbst in den Zwangsbereich eines anderen Versicherungsinstituts fällt.[7]) — Das Ausscheiden aus der bisherigen Beschäftigung begründet als bloße Thatsache ohne jede andere Voraussetzung[8]) den Endigungsakt der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versicherer.

---

3) In allen übrigen Fällen bedeutet die Errichtung einer Zwangskasse mit spezielleren Personenkreise — z. B. einer Betriebskrankenkasse im Verhältnisse zur O.-Kr.-K. — nicht von selbst das Aufhören der bisherigen Mitgliedschaft in einer umfassenderen Kasse.

4) Der Begriff der Beschäftigung ist auch hier in dem oben (§ 13) angegebenen Sinne aufzufassen; der Wegfall einer der erforderlichen Eigenschaften derselben steht daher dem gänzlichen Ausscheiden aus der Beschäftigung gleich.

5) Die in § 2 des Ges. bezeichneten Betriebe können an verschiedenen Orten verschieden behandelt sein.

6) außer im Falle der Erwerbslosigkeit und der durch eine Willenserklärung des Versicherten vermittelten freiwilligen Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses. S. oben § 14.

7) Auch hier kann die Ueberweisung an die an und für sich zuständig gewordene Gemeindeversicherung — jedoch nur diese — durch freiwillige Fortsetzung der Versicherung in der bisherigen Zwangskasse gehindert werden.

8) unabhängig von einer Austrittserklärung, Abmeldung u. dergl.

b. Austrittserklärung.

In Consequenz des nur bedingungsweisen Eingreifens des Versicherungszwanges und der hiedurch ermöglichten Freizügigkeit ist jedem Versicherungspflichtigen der Austritt aus einem Versicherungsinstitute unter gewissen Voraussetzungen [9]) gestattet; lediglich versicherungsberechtigte Personen können jeder Zeit gültig und wirksam austreten und steht hiebei der ausdrücklichen Erklärung die Nichtbezahlung der Beiträge an zwei auf einander folgenden Zahlungsterminen [10]) gleich.

c. Ausschließung.

Das Kassenstatut der Ortskrankenkasse kann Bestimmung treffen, daß Mitglieder im Falle wiederholten Betrugs im Sinne des § 263 des Strafgesetzbuches [11]) zum Schaden des Kassenvermöges aus der Mitgliedschaft in der Kasse zu entfernen seien; die Ausgeschlossenen fallen von selbst der Gemeindeversicherung anheim. [12])

---

9) Der Austritt kann nur mit dem Schlusse des Rechnungsjahres gestattet werden, nachdem 3 Monate vorher die Kündigung durch Antrag beim Kassenvorstande bethätigt wurde, und muß vor dem Austritte die Mitgliedschaft in einer anderen Kasse nachgewiesen werden.

10) Das freiwillig fortgesetzte Versicherungsverhältniß in der Gemeindeversicherung erlischt dagegen schon bei Nichtbezahlung der Beiträge an nur einem Fälligkeitstermin.

11) Nach gesetzlicher Bestimmung soll allein der Betrug, und zwar der vollendete, insbes. die Simulation, die Wirkung des Ausschlusses haben können, während andere Arten von Schädigung des Kassenvermögens z. B. Unterschlagung oder absichtliche Krankheitserzeugung nach dem Wortlaute des Gesetzes jene Wirkung nicht haben soll. Der Betrug braucht nicht ein gerichtliches Verfahren veranlaßt haben; die Betrugsfälle, also mindestens zwei, müssen zeitlich auseinander liegen; über die Art und Weise des Ausweisungsbeschlusses hat das Kassenstatut Bestimmung zu treffen, Mangels deren derselbe unter die Befugnisse der Generalversammlung fällt.

12) Es erscheint einerseits nicht als unbillig, daß solche betrügerische Personen der Gemeindeversicherung zufallen sollen, indem das Gesetz, welches die Versicherungsberechtigung sonst überhaupt unabhängig von der Frage des Verschuldens einräumt und jedenfalls bei der Gemeindeversicherung selbst die Ausschließung als Folge des Betrugs nicht zuläßt, allerdings die Entfernung betrügerischer Personen aus der eine Anzahl persönlicher, ein ehrenhaftes Verhalten voraussetzender Rechte wie z. B. Stimmrecht verleihenden Mitgliedschaft in der Ortskrankenkasse gestattet, nicht aber die gänzliche Ausstoßung aus allen Versicherungsinstituten will; andererseits ergibt sich auch aus § 4, Abs. 1 des

d. Zeitablauf.

Die aus dem Grunde der Erwerbslosigkeit die Kassenmitgliedschaft fortsetzenden Personen verlieren dieselbe durch den Ablauf derjenigen Zeit, die sie vor Eintritt der Erwerbslosigkeit der Kasse angehörten, spätestens jedoch mit Ablauf einer dreiwöchentlichen Frist gerechnet vom Beginne der Erwerbslosigkeit.

e. Aufenthaltsveränderung.

Diese kommt als selbständiger Endigungsgrund bezüglich der Versicherung nur bei denjenigen Personen in Betracht, welche freiwillig das Versicherungsverhältniß fortgesetzt haben; hienach wird dasselbe der Gemeindeversicherung durch Verlegung des Aufenthaltsortes aus dem Gemeindebezirke des bisherigen Beschäftigung gelöst; die Mitgliedschaft in der Ortskrankenkasse erlischt für jene Personen durch — nicht bloß vorübergehendes — Verlassen des deutschen Reichsgebietes.

5. Abschnitt.

Die Forderungsrechte.

A. Forderungsrechte des Versicherers.

I. Recht auf Beträge.

1. Die beitragspflichtigen Personen.

§ 17.

I. Das obwaltende Versicherungsverhältniß erzeugt sowohl auf Seite des Versicherers als des Versicherten Rechte und

---

Ges. die Consequenz, daß für jene aus einer Kasse ausgeschlossenen, aber jedenfalls immer noch versicherungspflichtigen Personen, die in irgend einer Weise der auf höheren volkswirthschaftlichen Interessen beruhenden Versicherungspflicht genügen müssen, die Gemeinde als die subsidiäre Trägerin der Krankenversicherung einzutreten hat. Vergl. dagegen v. Wödtke S. 102, Note 16 und Reger S. 50.

13) Die Veränderung des bloß nach thatsächlichen Momenten zu beurtheilenden Aufenthaltes kann die Versicherung einem bestimmten Versicherungsgeber gegenüber auch endigen, ohne daß der Wohnsitz verändert wäre.

Verbindlichkeiten, belastet aber häufig auch dritte Personen mit Verpflichtungen.

Der hauptsächlichste Anspruch des Versicherers richtet sich auf die Entrichtung von Beiträgen, der gewöhnlichsten Deckungsmittel zur Bestreitung der aus der Krankenversicherung sich ergebenden Bedürfnisse; die jenem Anspruche entsprechende Verpflichtung zur Leistung der Beiträge trifft regelmäßig zunächst den Arbeitgeber des Versicherten, nur ausnahmsweise diesen selbst.

Als Arbeitgeber im Sinne des Reichsgesetzes ist derjenige anzusehen, welcher mit einer Person einen Dienstmiethe- oder Verdingungsvertrag (locatio conductio operis oder operarum) mit der Wirkung abgeschlossen hat, daß jene dauernd gegen Entgelt in seinem Betriebe beschäftigt ist; beitragspflichtig ist derjenige Arbeitgeber, bezüglich dessen Betrieb Versicherungszwang normirt ist. Keine Bedeutung hat die Frage, in welchem rechtlichen Verhältnisse der Arbeitgeber zu seinem Betriebe stehe, ob jener Eigenthumsrecht oder nur Miethrecht ꝛc. besitze, vielmehr kommt es darauf an, wem die ökonomischen Vortheile des Betriebs zufließen.

Der Arbeitgeber ist verpflichtet, den gesammten Beitrag an den Versicherer abzuliefern,[1]) welchem gegenüber er allein als der Verpflichtete erscheint. Der Arbeitgeber handelt hiebei nicht als Stellvertreter oder negotiorum gestor[2]) des versicherten Arbeitnehmers, vielmehr auf Grund einer unmittelbar ihn selbst treffenden, öffentlichrechtlichen Verbindlichkeit, nicht

---

1) Der Arbeitgeber hat auch für die wirkliche Bethätigung der Bezahlung der Beiträge zu haften und wird selbst durch das schuldvolle Verhalten des Versicherten z. B. Nichtablieferung der diesem übergebenen Beiträge nicht vor seiner Verbindlichkeit befreit. Dieselben sind stets voraus zu bezahlen und zwar bei der Gemeindeversicherung wöchentlich, falls nicht durch Gemeindebeschluß ein anderer Termin festgesetzt wird, bei den Ortskrankenkassen an den statutenmäßigen Terminen; für Personen, welche vor Ablauf der Zahlungsperiode aus dem bisherigen Versicherungsverhältnisse, nicht auch, wenn sie nur aus der Beschäftigung bei ihrem bisherigen Arbeitgeber ausscheiden, ist das zu viel Bezahlte wieder zurückzuzahlen; jedenfalls aber währt die Verpflichtung des Arbeitgebers bis zur Abmeldung des Arbeiters, auch wenn dieser schon früher die Arbeit verlassen hat.

2) S. dagegen Häpe, Versicherungsrecht S. 83.

zu Gunsten seines einzelnen Arbeitnehmers, sondern im Interesse der socialpolitischen Zwecke der Institution der Krankenversicherung.

Der Arbeitgeber hat gegenüber dem bei ihm beschäftigten, versicherten Arbeitnehmer einen Regreßanspruch; dieser richtet sich entweder auf vollen oder auf theilweisen Ersatz der von jenem geleisteten Beiträge. [3])

a. Regelmäßig hat der Versicherte Ersatz von zwei Drittheilen des ganzen Beitrags zu leisten, während der Arbeitgeber selbst ein Drittheil aus eigenen Mitteln bezahlen muß. Der Rückersatz ist in dieser Weise durchzuführen, daß der Arbeitgeber bei den regelmäßigen Lohnzahlungen $^2/_3$ des von ihm gezahlten Betrags compensando in Abzug zu bringen berechtigt ist. [4])

b. Der Arbeitgeber kann ausnahmsweise einen Regreßanspruch gegen den Versicherten auf völligen Ersatz der geleisteten Beiträge geltend machen, wenn in seinem Betriebe höchstens zwei versicherungspflichtige Personen beschäftigt und keine gefährlichen Triebwerke [5]) verwendet werden, unter der Voraussetzung, daß eine statutarische Bestimmung einer Communalbehörde die völlige Befreiung des Arbeitgebers von den Beitragsleistungen ausspricht [6]).

II. Während gewöhnlich der Versicherte selbst dem Versicherer gegenüber bezüglich der Beiträge in keiner Weise in das Versicherungsverhältniß hereingezogen wird und nicht einmal subsidiär für dieselben bei Nichtbezahlung Seitens des allein verpflichteten Arbeitgebers haftet, richtet sich in gewissen Fällen die Forderung des Versicherers direkt gegen die Ver-

---

3) Ueber Streitigkeiten zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wegen Berechnung und Anrechnung der Beiträge s. unten § 29 II c und § 57, Abs. 2 des Ges.; s. ferner auch die Strafbestimmung des § 82 des Ges.

4) soweit die Beiträge auf die Zahlungsperiode entfallen; die Nichtanrechnung derselben läßt Verzicht annehmen.

5) nämlich solche, die durch Dampf oder durch elementare Kraft bewegt werden.

6) S. hierüber § 52, Abs. 2 des Ges.; die hienach durch Statut wegen der geringen Ausdehnung und der Ungefährlichkeit des Betriebs von der Beitragspflicht eximirten Arbeitgeber haben hier nur die auf den Versicherten selbst entfallenden Beiträge abzuliefern.

sicherten nämlich gegen diejenigen Personen, welche freiwillig dem Versicherungsverhältnisse angehören, ferner gegen die in § 2 Ziff. 1—6 des Gesetzes bezeichneten, auf Grund statutarischer Vorschrift Versicherten dann, wenn das Communalstatut die Arbeitgeber jener Personen in Anwendung des § 54 des Gesetzes von der Beitragspflicht ausnimmt;[8]) diese Kategorien von Versicherten zahlen die Beiträge, vollständig aus eigenen Mitteln, so daß der hier völlig unverpflichtete Arbeitgeber überhaupt nicht in ein Obligationsverhältniß zum Versicherer tritt.

2. Inhalt des Rechtes auf Beiträge.

§ 18.

I. Berechnung. — Die Höhe der Beiträge wird nach Prozenten des Lohnes berechnet und zwar bei der Gemeindeversicherung nach Prozenten des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Lohnarbeiter, bei der Ortskrankenkasse dagegen nach Prozenten des durchschnittlichen Taglohnes derjenigen Klasse von Versicherten, für welche die Kasse errichtet wurde.

a. Der ortsübliche Tagelohn.

Unter diesem ist derjenige Lohn zu verstehen, welcher unter Berücksichtigung der lokalen Verhältnisse einem Arbeiter von durchschnittlicher Arbeitskraft für die während eines gewöhnlichen Arbeitstages geleistete, besondere Fähigkeit und Fertigkeiten nicht voraussetzende Thätigkeit bezahlt zu werden pflegt,[1])

b. Der durchschnittliche Tagelohn.

Dieser ist derjenige Lohn, welcher sich bei denjenigen versicherungspflichtigen Arbeitern, für welche die spezielle Kasse errichtet wurde, also mit Berücksichtigung der besondern professionellen und örtlichen Verhältnisse als der mittlere[2]) für einen

8) Namentlich mit Rücksicht auf die schwierige Bestimmung des Arbeitgebers bei den in der Hausindustrie Beschäftigten.

1) Die Folge dieser Berechnungsart ist die, daß die unter den einzelnen Berufszweigen bestehenden Lohnverschiedenheiten nicht berücksichtigt werden, vielmehr für alle Versicherungspflichtigen eines Gemeindebezirkes ein und derselbe Lohnsatz — jedoch mit vierfacher gruppenweiser Eintheilung nach Alter und Geschlecht — der Berechnung zu Grunde gelegt wird.

2) Es werden hier also die wirklichen Lohnbeträge aller in der betr. Kasse zu versichernden Personen — ebenfalls unter Unterscheidung

gewöhnlichen Arbeitstag darstellt. — Als Maximum des festzusetzenden durchschnittlichen Tagelohnes ist der Betrag von 3 Mark fixiert.[3])

Beide Arten des Tagelohnes werden verschieden festgestellt für männliche und weibliche Arbeiter mit dem weiteren Eintheilungsgrunde nach dem Alter jener Kategorien, wobei die Grenze zwischen der Altersstufe der erwachsenen und jener der jugendlichen[4]) Arbeiter und Arbeiterinen das zurückgelegte 16. Lebensjahr bildet und kraft besonderer Bestimmung sämmtliche Lehrlinge[5]) unter die Kategorie der jugendlichen Arbeiter zuzurechnen sind.

Abgesehen von dieser gruppenweisen Unterscheidung nach Alter und Geschlecht kann bezüglich des durchschnittlichen Tagelohnes noch eine weitere klassenweise Eintheilung vorgenommen werden, indem die thatsächlichen Lohnverschiedenheiten unter den Kassenmitgliedern dergestalt Berücksichtigung finden, daß die Lohnbeträge in mehrfachen Abstufungen angesetzt erscheinen, wobei jedoch keine Klasse des durchschnittlichen Tagelohnes höher als mit 4 Mark und niedriger als in der Höhe des ortsüblichen Tagelohnes der betr. Geschlechts- oder Altersgruppe normirt werden darf.[6])

Die Feststellung des Tagelohnes liegt in allen Fällen der höheren Verwaltungsbehörde ob, welche die Gemeindebehörde hiebei gehört haben muß.

II. Höhe der Beiträge. — Diese unterliegt je nach der Person des Versicherers verschiedenen prozentualen Ansätzen;

a. bei der Gemeindeversicherung betragen die Versicherungs-

---

nach Alter und Geschlecht — zusammengerechnet und aus dieser Summe das Mittel gezogen.

3) Diese Norm hat die Bedeutung, daß der durchschnittliche Tagelohn für eine bestimmte, gesammte Kategorie nicht höher als mit 3 Mark angesetzt werden darf, nicht den Sinn, daß bei Berechnung des mittleren Tagelohnes die über 3 Mark hinausgehenden Lohnbeträge einzelner bevorzugter Kassenmitglieder nicht in Anschlag gebracht werden sollen.

4) Vergl. G.-O. § 135 und 136.

5) selbstverständlich nur die versicherungspflichtigen d. h. Lohn oder Naturalbezüge empfangenden.

6) Bei einer nur gruppenweise nach Alter und Geschlecht geschehenden Eintheilung könnte sich dagegen ein Herabsinken des durchschnittlichen Tagelohnes, besonders bei der Gruppe der jugendlichen Arbeiter, unter das Niveau des ortsüblichen Tagelohnes allerdings ergeben.

beiträge regelmäßig $1^1/_2$%[7]) des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Lohnarbeiter, an welcher Höhe Mangels eines besonderen Gemeindebeschlusses[8]) festzuhalten ist. Eine Erhöhung der Beiträge[9]) von $1^1/_2$% bis zu 2% als dem zulässigen Maximum ist statthaft, wenn dieselben zur Deckung der gesetzlichen Unterstützungsleistungen nicht genügen[10]) und die höhere Verwaltungsbehörde zustimmt.

Eine Herabsetzung der noch nicht erhöhten Beiträge von $1^1/_2$% oder eine Vermehrung der Unterstützungen kann jeder Zeit ohne Rücksicht auf die Ergebnisse der Jahresabschlüsse herbeigeführt werden; eine Wiederherabsetzung der erhöhten Beiträge muß von der Gemeindebehörde angeordnet werden, wenn auch nach Ansammlung eines Reservefonds[11]) die Einnahmen aus den Beiträgen bei den Jahresabschlüssen dauernde Ueberschüsse über die Ausgaben ergeben; wenn auch dann noch Ueberschüsse erscheinen, so hat eine weitere Ermäßigung der Beiträge[12]) oder eine Erweiterung der Unterstützungen durch Gemeindebeschluß einzutreten.

Wenn die Gemeinde ihrer Verpflichtung, die Beiträge unter den bezeichneten Voraussetzungen zu reduziren, bezw. die Unterstützungsleistungen zu erhöhen, nicht nachkommt, so kann die Herabsetzung — nur diese — durch Verfügung der höheren

---

7) Hiebei ist das regelmäßig vom Arbeitgeber zu entrichtende Drittel mit eingerechnet, so daß auf den Versicherten selbst nur 1% trifft; die Versicherungsberechtigten zahlen den vollen Beitrag.

8) Ein Gemeindebeschluß könnte zunächst nur einen niedrigeren Ansatz als $1^1/_2$% einführen.

9) Die Erhöhung der Beiträge bis zu $1^1/_2$% ist ohne Weiteres durch bloßen Gemeindebeschluß möglich, jedoch unter Beachtung des § 10, Abs. 3 des Ges.

10) Als ungenügend sind die Beiträge dann anzusehen, wenn die Jahresabschlüsse einen Passivrest ergeben; übrigens müssen sowohl bei Erhöhung als Ermäßigung der Beiträge zwar mindestens zwei Jahresabschlüsse vorliegen, jedoch braucht nur einer die Nothwendigkeit der Erhöhung oder Herabsetzung resultiren (Kommissionsbericht S. 53).

11) Die Größe desselben ist gleich einer durchschnittlichen Jahreseinnahme und sind vor Ansammlung desselben die etwa Seitens der Gemeinde geleisteten Vorschüsse zurückzuerstatten. S. unten § 34 II l.

12) Die Beiträge können bis auf einen beliebigen Minimalbetrag reduzirt werden, können aber nach § 5, Abs. 2 des Ges. niemals ganz beseitigt werden, da der Charakter einer Armenunterstützung völlig vermieden werden soll.

Verwaltungsbehörde herbeigeführt werden, welcher auch bezüglich der Erhöhung der Beiträge über $1\frac{1}{2}$% hinaus das Recht der Genehmigung zukommt.

b. Bei der Ortskrankenkasse ist die Höhe der Beiträge verschieden und regelt sich dieselbe im Allgemeinen nach der Frage des Bedürfnisses in der Weise, daß jene die Deckung der nothwendigen Krankenunterstützungen, der Verwaltungskosten, sowie der zur Ansammlung und Ergänzung eines Reservefonds erforderlichen Mittel ermöglichen müssen. Die Bestimmung des im Allgemeinen auf dem durchschnittlichen Tagelohn (s. oben) fußenden Prozentsatzes der Beiträge bildet einen nothwendigen Bestandtheil des für jede Ortskrankenkasse zu errichtenden Kassenstatuts, bedarf also der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde, welche hiebei, wenn sich Zweifel ergeben, ob die erforderlichen Ausgaben gedeckt werden können, durch einen oder mehrere Sachverständige eine Prüfung herbeizuführen hat.[13])

Bezüglich der Höhe der Beiträge lassen sich folgende Regeln aufstellen:

α) Bei Errichtung der Kasse dürfen die Beiträge, für welche nach unten keine Minimalgrenze gezogen ist, 3 %[14]) nicht übersteigen; wenn jedoch dieser Ansatz zur Sicherung der Leistungsfähigkeit[15]) der Kasse nicht genügt, so kann auch schon bei Begründung derselben ein höherer Prozentsatz festgesetzt werden, dessen Maximalgrenze sich auf $4\frac{1}{2}$%[16]) stellt.

β) Nach Errichtung der Kasse kann sowohl eine Herabsetzung

---

13) Wenn die Prüfung der Sachverständigen die Unzulänglichkeit der Beiträge ergiebt, so ist die Genehmigung des Statuts zu versagen, falls nicht eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Unterstützungen bis zum gesetzlichen Mindestbetrage des § 20 des Ges. eintritt.

14) Hievon fallen jedoch nur 2 % d. i. $\frac{2}{3}$ auf die Versicherten selbst, auch wenn diese nicht versicherungspflichtig sind, so daß bei den lediglich Versicherungsberechtigten die Kasse ein Drittel der Beiträge einbüßt; dagegen haben die das Versicherungsverhältniß Fortsetzenden die vollen Beiträge zu bezahlen. Vergl. dagegen Häpe, Versicherungsrecht rc. S. 54, welcher $2\frac{2}{3}$ % statt 3 % als Maximum bei Errichtung der Kasse annimmt.

15) d. h. zur Deckung der Mindestleistungen des § 20 des Ges.

16) Es ergiebt sich dies aus § 47, Abs. 1, Ziff. 2 des Ges., wonach eine Kasse bei Unmöglichkeit der Deckung der Mindestleistungen mit 3 % (sohin im Ganzen $4\frac{1}{2}$ %) zu schließen ist.

als eine Erhöhung der Beiträge auf dem Wege der Statutenänderung eintreten.

aa) Eine Ermäßigung der Beiträge [17]) kann erfolgen, wenn nach Ansammlung eines Reservefonds [18]) mindestens zwei Jahresbeschlüsse einen Ueberschuß erscheinen lassen, zunächst durch Beschluß der Kassenvertretung, eventuell durch Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde.[19])

bb) Eine Erhöhung der Beiträge bis zu 3 % ist ohne Weiteres zulässig; darüber hinaus ist eine Steigerung der zu entrichtenden Lohnquoten bis zu 4½ % als dem Maximum, bezw. eine zulässige Minderung der Unterstützungen herbeizuführen, wenn wenigstens 2 Jahresabschlüsse die Unzulänglichkeit der Einnahmen zur Deckung der Ausgaben incl. Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds ergeben, und trifft auch hier die Kassenvertretung eine Verpflichtung zur Beschlußfassung welche von der höheren Verwaltungsbehörde angeordnet und im Weigerungsfalle durch eine Verfügung derselben ersetzt werden muß. — Genügen nach dem Ergebnisse der Jahresabschlüsse die dreiprozentigen Beiträge nicht zur Deckung der etwa eingeführten Mehrleistungen der Kasse,[20]) so darf die Erhöhung der Beiträge auf 4½% nur dann vorgenommen werden, wenn sowohl die Vertretung der Arbeitgeber als diejenige der Versicherten die Steigerung des Prozentsatzes beschließt.

Bezüglich derjenigen Personen, für welche Seitens der Arbeiter keine Beiträge zu leisten sind, — ausschließlich der die Versicherung freiwillig Fortsetzenden — belaufen sich die an die Ortskrankenkasse zu entrichtenden Beiträge auf einen um ein Drittel niedrigeren Satz.

III. Dauer der Beitragsverbindlichkeit. — Im Allgemeinen währt die Beitragspflicht für die ganze Zeit der Mitgliedschaft in einem Versicherungsinstitute, für den einzelnen Arbeitgeber

---

17) Statt der Ermäßigung der Beiträge kann auch die Vermehrung der Unterstützungsleistungen beschlossen werden; s. hierüber unten § 23 II und § 24 II.

18) Dieser hat in diesem Falle das Doppelte einer durchschnittlichen Jahresausgabe zu betragen.

19) Die Verfügung greift nur dann Platz, wenn die h. Verwaltungsbehörde die Beschlußfassung der Ermäßigung der Beiträge, bezw. Erhöhung der Unterstützungen vorher erfolglos angeordnet hat.

20) S. § 21 des Ges.

bis zum Ausscheiden des Versicherungspflichtigen aus der Beschäftigung in dessen Betriebe, resp. bis zur ordnungsmäßigen Abmeldung desselben.[21])

Das Recht des Versicherers auf Beiträge ruht für die Dauer der durch Krankheit hervorgerufenen Erwerbsunfähigkeit [22]) und zwar vom Tage des Empfangs des Krankengeldes an d. i. vom 3. Tage nach der Erkrankung an, ferner im Falle der Erwerbsunfähigkeit.[22])

II. Recht auf Eintrittsgeld.

§. 19.

Das Recht auf Eintrittsgeld ist der auf dem Kassenstatut beruhende Anspruch einer Kasse auf eine bestimmte einmalige Leistung von Seiten einer neu in die Mitgliedschaft aufzunehmenden Person.

Das Eintrittsgeld kann nur auf Grund einer ausdrücklichen, die Höhe desselben festsetzenden Bestimmung des Kassenstatuts erhoben werden; der Höchstbetrag ist gleich der Summe der in der konkreten Kasse zu entrichtenden gesammten [1]) Beiträge. Jedoch ist die Bezahlung des Eintrittsgeldes nicht Voraussetzung der Kassenmitgliedschaft, da diese für die Versicherungs-

21) Der Tag der Abmeldung bezeichnet den Endpunkt der Beitragspflicht des Arbeitgebers, selbst dann, wenn der Versicherte selbst schon vorher die Beschäftigung in dessen Betrieb verlassen hat oder von einem neuen Arbeitgeber bereits wiederum angemeldet ist. Es können also für einen und denselben Versicherten von zwei verschiedenen Arbeitgebern Beiträge erhoben werden. — Für die zwischen dem Austritte aus der Beschäftigung und der Abmeldung liegende Zeit hat der Arbeitgeber selbstverständlich allein die vollen Beiträge zu tragen, ohne daß ihm ein Regreßanspruch gegen den ausgeschiedenen Arbeiter zustünde.

22) Dieses Ruhen der Beitragspflicht während der Zeit der Erwerbslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit ist im Gesetze selbst nicht ausdrücklich anerkannt, ergiebt sich jedoch aus dem Wesen und Zwecke des Instituts der Krankenversicherung, bei welcher nicht einerseits die Gewährung eines Geldbetrags an den Versicherten, andererseits die gleichzeitige Erhebung einer Geldsumme von demselben gewollt sein kann. S. hierüber v. Wödtke S. 51, N. 2.

1) d. i. unter Einrechnung der vom Arbeitgeber zu entrichtenden Beiträge.

2) Gleichgültig ist es, ob die neueintretenden Kassenmitglieder bisher auf Grund ihrer Versicherungspflicht oder ihrer Berechtigung versichert waren.

pflichtigen durch Eintritt in die Beschäftigung ipso jure begründet wird, vielmehr nur die Bedingung der Gewährung der über das gesetzliche Minimum (§ 20 des Ges.) hinausgehenden Mehrleistungen der Kasse.

Befreit von der Verpflichtung zur Entrichtung des Eintrittsgeldes sind diejenigen Personen, welche ihre bisherige Mitgliedschaft in irgend einer anderen gesetzlich bezeichneten Krankenkasse oder die bisherige Bezahlung von Beiträgen zur Gemeindeversicherung nachweisen, vorausgesetzt, daß seit dem Austritte aus dem früheren Versicherungsinstitute bis zum Neueintritte in die Ortskrankenkasse nicht mehr als dreizehn Wochen verflossen sind.

III. Ansprüche aus Strafen und verwirkten Forderungsrechten.

§ 20.

I. Die Gewerbeordnung bestimmt, daß gewisse gegen den Arbeitgeber erkannte Geldstrafen und strafweise verwirkte Forderungsrechte desselben derjenigen Hülfskasse[1]) zufallen sollen, welcher der Arbeiter, bezüglich dessen die Strafhandlung begangen wurde, angehört; die von der Gewerbeordnung angedrohten Geldstrafen beziehen sich insbesondere auf die verbotene Creditirung von Waaren,[2]) die Beschäftigung ungeeigneter Personen und zu ungeeigneter Zeit und dergl.

Den Charakter einer Strafe trägt auch die Verpflichtung des Unternehmers, welcher der ihn treffenden Verbindlichkeit, eine Betriebskrankenkasse zu entrichten, nicht nachgekommen ist, zur Bezahlung von Beiträgen aus eigenen Mitteln für jede in seinem Betriebe beschäftigte versicherungspflichtige Person an die Gemeindeversicherung oder die Ortskrankenkasse und zwar in der bis zu fünf Prozent des verdienten Lohnes zulässigen,

---

3) Die 13 Wochen sind bei dem Austritte aus der Gemeindeversicherung vom Zeitpunkte der letzten wirklich bethätigten Beitragsleistung zu berechnen, während dieselben in den übrigen Fällen erst mit dem Austritte aus der Kassenmitgliedschaft, ohne Rücksicht auf eine etwaige Nichtbezahlung von Beiträgen z. B. während der Krankheitsdauer, zu laufen beginnen.

1) Also nicht auch der Gemeinde als Versicherungsgeberin.

2) Diese Maßregeln bezwecken die Bekämpfung des sog. Trucksystems.

von der höheren Verwaltungsbehörde zu fixirenden Höhe.[3]) S. § 62 des Ges.

Forderungsrechte des Arbeitgebers werden auf Grund besonderer öffentlichrechtlicher Vorschrift zu Gunsten der Kasse wegen unerlaubter Creditirung von Waaren[2]) an den Arbeiter verwirkt. Vergl. hiezu G.-O. § 115, 146, 154, ferner § 116, 118 und 119.

Arbeitgeber, welche ihrer Anmeldepflicht nicht nachkommen, erleiden in Folge dessen strafweise dadurch erhebliche Nachtheile, daß sie verbunden sind, dem Versicherer alle von diesem während der ganzen Krankheit des unangemeldeten Versicherten geleisteten Krankenunterstützungen[4]) zu erstatten; eine nachträgliche Anmeldung kann von der Strafe des möglichen Rückgriffs Seitens des Versicherers nicht befreien.

II. Nach § 80 Abs. 2, bezw. 78 Abs. 1 Ziff. 2 des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 fallen die gegen Versicherte, welche die von den Berufsgenossenschaften zur Unfallverhütung erlassenen Vorschriften übertreten haben, erkannten Geldstrafen[5]) der Krankenkasse zu, welcher der zuwiderhandelnde Versicherte angehört.

III. Vorstandsmitgliedern, welche verfügbare Gelder der Kasse in eigenem Nutzen verwenden, können abgesehen von sonstiger civil- und strafrechtlicher Verfolgung[6]) von der Aufsichtsbehörde angehalten werden, das verwendete Geld zu einem von jener zu bestimmenden, zwischen 8 und 20 % variirenden Zinsfuße zu verzinsen, welche vermögensrechtliche Nachtheile als über einen bloßen Schadensersatz hinausgehend den Zweck einer Vermögensstrafe zu Gunsten der Kasse verfolgen.

IV. **Regreßansprüche gegen dritte Personen.**

§ 21.

Ein Regreßanspruch steht dem Versicherer gegen denjenigen zu, welcher auf Grund Gesetzes dem Versicherten gegenüber ex delicto oder quasi ex delicto zum Ersatze der durch die

3) Zugleich ist auch der Regreßanspruch des Arbeitgebers gegen den Versicherten hier als verwirkt anzusehen.

4) nur diese, nicht auch etwa Wöchnerinenunterstützung.

5) Im Maximalbetrage von 6 Mark.

6) Vergl. unten § 31 III.

Krankheit hervorgerufenen, verschuldeten Schädigung verbunden ist.[1]) Der Anspruch gegen den Ersatzpflichtigen geht hienach von dem eigentlichen Ersatzberechtigten auf den Versicherer, welcher auf Grund des Gesetzes vom 15. Juni 1883 Unterstützungen geleistet hat, unabhängig vom Willen des Cedenten über.

Weitere Regreßansprüche sind sämmtlichen Krankenversicherungsinstituten durch Uebertragung gewisser Funktionen der Unfallversicherung[2]) erwachsen; hienach hat die Krankenkasse, bezw. die Gemeinde

a. einen Anspruch gegen den Betriebsunternehmer auf Ersatz desjenigen Mehrbetrags an Krankengeld, welcher für einen im Betriebe desselben beschäftigt gewesenen, durch Unfall verletzten und gegen Unfälle versicherten Angehörigen des betr. Krankenversicherungsinstituts von Beginn der fünften Woche nach Eintritt des Unfalls bis zum Ablaufe der dreizehnten Woche in Folge der durch § 5 Abs. 9 des Reichsgesetzes vom 6. Juli 1884 vorgeschriebenen Erhöhung des Krankengeldes auf mindestens 2 Drittel des der Berechnung zu Grunde gelegten Tagelohnes verausgabt wurde,[3])

b. einen Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft bezüglich der dadurch verursachten Mehrausgaben, daß dieselbe in Anwendung der ihr nach § 5 Abs. 8 des erwähnten Ge-

---

1) Hieher gehören die Ansprüche des Versicherten aus Körperverletzungen, insbesondere auch auf Grund des Haftpflichtgesetzes vom 7. Juni 1871, aus Deliktsobligationen wie z. B. außereheliche Schwängerung, sowie auch aus § 71 des Ges. gegen Bauherrn, welche die Errichtung einer Baukrankenkasse verweigern. — Gegensätzlich hiezu gehen die Ansprüche der Versicherten aus reinen Privatrechtsverhältnissen z. B. Versicherungsverträgen mit Privatpersonen (derartige Ansprüche können eine Kürzung der Unterstützungsleistungen nach § 26, Abs. 3 des Ges. herbeiführen), aus Alimentationsverbindlichkeiten rc. nicht auf die O.-Kr.-K., bezw. die Gemeinde über.

2) Durch die nachfolgenden Bestimmungen erscheint die Stellung der durch Unfall Verletzten bezüglich der Kassenleistungen gegenüber den im eigentlichen — populären — Sinne kranken Personen vom Beginne der 5. Woche an eine wesentlich bevorzugte, während innerhalb der sog. Karenzzeit d. i. bis zum Beginne der 5. Woche eine völlig gleichheitliche Behandlung beider Kategorien Statt findet.

3) Streitigkeiten hierüber werden nach § 58, Abs. 1 des Ges. entschieden und zwar von der für die Ortskrankenkassen des Beschäftigungsortes zuständigen Aufsichtsbehörde.

setzes eingeräumten Befugniß die Fürsorge für den durch Unfall Verletzten, d. i. die Gewährung freier Kur,[4]) über den Beginn der 14. Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens auf die Krankenkasse (Gemeinde), welcher der Verletzte angehört, überträgt.

Die Höhe des Regreßanspruchs, welcher in obigen Fällen der Krankenkasse bezw. der Gemeinde in der Weise zufällt, daß diese in den Anspruch des Versicherten, also zunächst Berechtigten, gegen dritte Personen vermöge Legalcession eintritt und nun jenen als Cessionarin mittelst der actio cessa in eigenem Namen geltend machen kann, bemißt sich nach dem Inhalte der von der Krankenkasse (Gemeinde) geleisteten Krankenunterstützung, so weit sie auf Grund der Reichsgesetze vom 15. Juni 1883 und vom 6. Juli 1884 zu gewähren war; hiebei ist die gewährte freie Kur (§ 6 Ziff. 1 des Ges.) mit der Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes,[5]) das geleistete Krankengeld dagegen in seinem wirklichen Betrage in Anschlag zu bringen.

B. Verbindlichkeiten des Versicherers.

Rechtliche Natur derselben.

§ 22.

I. Die Verbindlichkeit des Versicherers, deren Inhalt zunächst in der Verpflichtung desselben zur Leistung von Krankenunterstützung liegt, besitzt ihre Grundlage — ausgehend von dem Momente des allgemeinen Staatsinteresses — im öffentlichen Rechte, äußert jedoch privatrechtliche Wirkungen, obwohl die ganze Institution der Krankenversicherung sowie der zu ihrer Durchführung bestimmte Apparat als publici juris zu erachten ist.

Der auf dem Gesetze vom 15. Juni 1883 beruhende Rechtszustand schiebt sich als ein im Wesentlichen neues Ele-

---

4) Das Krankengeld fällt für den Verletzten mit Beginn der 14. Woche weg, da demselben von diesem Zeitpunkte an die Rente bezahlt wird.

5) Wenn für die Verpflegung nach Beginn der 14. Woche höhere Aufwendungen geleistet wurden und als erforderlich nachgewiesen werden, so kann die Krankenkasse (Gemeinde) einen höheren Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft geltend machen.

ment in die seitherige Gesetzgebung ein; der auf jenem fußende Grund der Verpflichtung des Versicherers ist begrifflich ein anderer als derjenige der auf den gewöhnlichen Titeln gegründeten Ansprüche auf Unterhalt und Verpflegung, jene hat ihr Fundament auf einer neu geschaffenenen obligatio ex lege, welche, besonders charakterisirt durch den vom Gesetze ausgeübten Versicherungszwang, auf dem bisherigen Rechtsboden einen neuen tiefer eingreifenden Rechtstitel auf Seiten der gegen Krankheit Versicherten zur Entstehung bringen läßt, ohne jedoch die seitherigen, schon bestehenden obligatorischen Verhältnisse z. B. die Haftbarkeit des Betriebunternehmers nach dem Haftpflichtgesetze, die Alimentationsverbindlichkeit ꝛc. zu zerstören.

Bezüglich der Verbindlichkeit des Versicherers zur Gewährung von Krankenunterstützung gelten folgende Grundsätze:

a. Die Verpflichtung ist eine primäre d. h. der Versicherer hat die Unterstützung ohne Weiteres dann zu leisten, wenn die Voraussetzung der Krankheit gegeben ist, ohne Rücksicht darauf, ob außerdem noch eine andere Person zur Unterstützungsleistung auf Grund eines kontraktlichen oder quasikontraktlichen oder gesetzlichen Verhältnisses hiezu verbunden sei; sobald Krankheit vorhanden ist, hat der Versicherer als principaliter Verpflichteter einzutreten.

b) Die Verbindlichkeit des Versicherers ist gleichwohl ihrem inneren Rechtsgrunde nach eine lediglich subsidiäre, sie hebt eine eventuelle Ersatzpflicht dritter Personen nicht auf, vielmehr bleibt dem Versicherer das Recht des Rückgriffs gegen die — an sich zunächst ersatzpflichtigen — dritten Personen mittelst der Regreßklage; als Consequenz hievon ergiebt sich, daß die Krankenunterstützung nur ein Mal zu leisten ist, so daß bei mehreren Verpflichteten die Leistung des einen an derjenigen des andern angerechnet werden muß.

c. Die Unterstützungsverbindlichkeit knüpft sich allein an die Thatsache der Existenz einer Krankheit im Sinne des Gesetzes, ohne daß bei diesem rein faktischen Erfordernisse die Ursache der Erkrankung von Erheblichkeit wäre, weßhalb auch die vom Versicherten selbst verschuldete Krankheit für denselben Unterstützungsansprüche begründet.

II. Der oben bezeichneten Verbindlichkeit des Versicherer,

entspricht auf der anderen Seite das Recht des Versicherten auf Krankenunterstützung; seiner juristischen Qualität nach ist dieser vermögensrechtliche Anspruch

a. ein höchst persönliches Forderungsrecht des Versicherten, weder auf dem Wege der Singularsuccession noch auf denjenigen der Universalsuccession übertragbar. Daraus folgt, daß jener Anspruch dem Versicherten in keiner Weise entzogen werden, daß er weder durch Rechtsgeschäfte unter Lebenden, insbesondere Cession, noch durch letztwillige Verfügung oder durch Intestaterbfolge auf dritte Personen übergehen kann, daß er weder verpfändet noch mit anderen Ansprüchen des Versicherers als mit dessen Beitragsforderung compensirt werden darf sowie auch daß er kein Objekt der Zwangsvollstreckung durch Pfändung bilden kann. — Dagegen findet natürlicher Weise eine Erbfolge bezüglich des Sterbegeldes statt.

b) Der Unterstützungsanspruch ist in seiner Totalität unverzichtbar d. h. es kann wohl auf die einzelne konkrete Unterstützungsleistung verzichtet werden, nicht aber von vorne herein auf die Gesammtheit der aus dem Versicherungsverhältnisse entspringenden Rechte überhaupt; es ergiebt sich dies aus den öffentlichrechtlichen Prinzipien des Gesetzes, welches die Institution der Zwangsversicherung nicht um des Einzelnen willen geschaffen hat, sondern mit alleiniger Rücksicht auf das Gemeinwohl die freie Dispositionsbefugniß ausschließt.

Rechtsgeschäfte, welche ungeachtet des Verbotes der Entäußerung des Unterstützungsanspruches, abgeschlossen sind, leiden an dem Mangel unheilbarer Nichtigkeit und lassen sich aus denselben an sich niemals Rechte ableiten, so daß der Versicherer durch eine Leistung an dritte Personen niemals von seiner Unterstützungsverbindlichkeit dem Versicherten selbst gegenüber befreit wird.

c. Die auf Grund des Anspruchs des Versicherten geleisteten Krankenunterstützungen dürfen — auch bei eventueller Befreiung von der Beitragspflicht[1]) — nicht als Armenunterstützungen angesehen werden.[2])

1) z. B. im Falle der Erwerbslosigkeit oder des bei der O.-Kr.-K. möglichen Wegfalls der Beitragserhebung überhaupt.

2) Der Bezug der Krankenunterstützung kann also niemals wie der Empfang von Armenunterstützung eine Schmälerung von rechtlichen

I. Verpflichtung zur Krankenunterstützung.

1. Freie Kur.

§ 23.

I. Die Krankenversicherung bietet dem Versicherten zweierlei ihrem Inhalte nach sehr verschiedene Vortheile, indem sie unter der Voraussetzung eines Krankheitsfalles im Sinne des Reichsgesetzes einerseits unmittelbar die Person des Versicherten zum Gegenstande ihrer Fürsorge macht, andererseits den übeln wirthschaftlichen Folgen der Krankheit begegnen will. Hieraus ergiebt sich für den Versicherer zunächst die Verpflichtung zur eventuellen Gewährung freier Kur, in zweiter Linie außerdem noch eine bedingungsweise Verbindlichkeit zur Leistung eines Geldbetrages.

Der hienach dem Vesicherten zustehende Anspruch auf freie Kur begreift in sich

a. Die Gewährung ärztlicher Behandlung d. i. der auf Aufhebung oder Linderung der körperlichen oder geistigen gesundheitlichen Störung gerichteten Thätigkeit einer geeigneten Medizinalperson; [1]) des weiteren hat der Erkrankte Anspruch auf

b) Gewährung von Heilmitteln; unter diesen sind im Sinne des Gesetzes diejenigen nach kompetenter Ansicht erforderlichen Mittel zu verstehen, welche geeignet sind, entweder das Leiden selbst direkt zu bekämpfen oder die schädlichen Wirkungen desselben möglichst zurückzudrängen [2]) oder endlich nach erfolgter

---

Befugnissen — namentlich öffentlichrechtlichen — wie z. B. Beschränkung des Wahlrechtes, Unfähigkeit zu Ehrenämtern 2c. herbeiführen.

1) Hieher gehören außer den Aerzten die Hebammen, Chirurgen, Krankenwärter 2c. Die Wahl dieser Personen steht (wenigstens auf Grund des Gesetzes) nicht dem Versicherten zu und kommt zwischen diesem und der Medizinalperson an und für sich ein Contrakts- oder Quasi-Contraktsverhältniß überhaupt nicht zu Stande, indem die letztere hiebei nicht als selbständiger Contrahent gegenüber dem Versicherten, sondern nur als Organ der O.-Kr.-K. bezw. Gemeinde in Betracht kommt. Die civilrechtliche Haftbarkeit der Medizinalperson wegen falscher Behandlung sowie diejenige des Versicherers wegen culpa incligendo bestimmt sich nach Landesrecht. — Der Umfang der ärztlichen Thätigkeit ist übrigens nur mit Rücksicht auf den einzelnen Fall bestimmbar, da allgemeine Regeln sich nicht aufstellen lassen.

2) Zu den Heilmitteln im Sinne des Gesetzes gehören auch solche Mittel, die nicht Heilung, vielmehr nur Linderung des Uebels bezwecken z. B. schmerzstillende Mittel für Schwerverletzte.

möglichster Heilung dem Kurzwecke einen bleibenden Erfolg zu sichern;[3]) hienach fallen unter den Begriff der Heilmittel insbesondere sämmtliche Arzneien,[4]) gleichviel ob zum inneren oder zum äußeren Gebrauche bestimmt, ferner Bäder, Verbandmittel und dergleichen, Vorrichtungen wie Brillen und Bruchbänder. Dagegen erstreckt sich die Unterstützungsverbindlichkeit des Versicherers nicht auf Mittel, welche nicht die Heilung bezw. Sicherung von deren Erfolg, sondern nur eine gewiße äußere Erleichterung der durch Krankheit verursachten körperlichen Funktionsuntüchtigkeit bezwecken wie z. B Krücken oder künstliche Gliedmaßen, ebensowenig Kurmaßregeln, welche zwar zur Heilung dienen, aber nicht zu den Heilmitteln im Sinne des Gesetzes zu zählen sind z. B. eine Luftveränderung oder Erholungsreise. — Im Uebrigen geht die Absicht des Gesetzes darauf, den Kreis der zu liefernden Heilmittel auf ein gewisses Maß zu beschränken, dessen Festsetzung objektiv undurchführbar, nur auf Grund des einzelnen Falles ermöglicht werden kann; jedenfalls ist aber anzuerkennen, daß der Versicherer nicht verpflichtet sein kann, einen ganz besondern Aufwand zu Gunsten eines Versicherten zu machen,[5]) daß vielmehr unter Berücksichtigung des hier vorzugsweise maßgebenden Sachverständigenurtheils und in analoger Ausdehnung der vom Gesetze selbst bezeichneten Heilmittel[5]) (Arzneien, Brillen, Bruchbänder) nur die nach allgemeiner Anschauung für Personen von der Klasse des kranken Versicherten gewöhnliche Behandlung[6]) einzutreten habe.

---

3) Hierunter sind die im Gesetze selbst bezeichneten Brillen und Bruchbänder, welche meistens nur der Gefahr einer Wiederkehr der Krankheit vorbeugen sollen, zu rechnen.

4) Diese sind hier im weiteren Sinne aufzufassen und fallen z. B. auch Medizinalweine, Eis zur Kühlung, unter Umständen selbst Lebensmittel 2c. unter den Begriff der Arznei.

5) Die O.-Kr.-K., bezw. Gemeinde hat als Mindestleistung nur die sog. „kleinen" Heilmittel zu gewähren, während die Unfallversicherung und unter gewissen Voraussetzungen auch Krankenversicherungsinstitute noch weiter gehende Heilmittel gewähren; s. unten.

6) D. h. es sind die individuellen und professionellen Verhältnisse zu berücksichtigen, so daß z. B. ein leichtes vorüber gehendes Augenleiden bei einem Uhrmacher, Optiker u. dergl. mehr Pflege beansprucht als bei einem gewöhnlichen Taglöhner.

II. Der Anspruch des Versicherten auf ärztliche Behandlung ist seinem Wesen entsprechend in allen Fällen rechtlich völlig gleichartig, so daß eine Erweiterung oder Einschränkung desselben ausgeschlossen erscheint; dagegen können die zu gewährenden Heilmittel nach Zahl und Werth dadurch ausgedehnt werden, daß außer den oben bezeichneten Heilmitteln noch weitere[7]) Seitens des Versicherers auf Grund Kassenstatuts oder Gemeindebeschlusses[8]) zu leisten sind.

Eine Ausdehnung des Anspruchs auf freie Kur kann des Weiteren bezüglich des Umfangs des Kreises der Unterstützung beziehenden Personen in der Weise Platz greifen, daß die Ortskrankenkasse,[9]) zu Folge etwaiger ausdrücklicher Bestimmung des Kassenstatuts genannte Kassenleistungen auch auf die Familienangehörigen des Versicherten, in so ferne dieselben nicht selbst versicherungspflichtig sind, erstrecken kann. Unter Familienangehörigen in diesem Sinne sind Mangels einer ausführlicheren Bestimmung des Kassenstatuts die Ehefrau und die erwerbsunfähigen Kinder des Versicherten zu verstehen[10]). Jedoch erwächst denselben nicht ein selbständiger Anspruch gegen den Versicherer, vielmehr ist dieser an die Person des eigentlichen Versicherten gebunden[11]).

---

7) Die diesbezügliche Bestimmung des § 21, Ziff. 2 des Ges. erscheint ihrem Wortlaute nach auffällig, da doch der die Mindestleistung bezeichnende § 6 Ziff. 1 ohnehin schon eine Ausdehnung der Heilmittel zuläßt („und ähnliche Heilmittel"); allein es ist eben die Intention des Gesetzes, eventuell auch eine über jene hinausgehende Erweiterung der präcise nicht allgemein bestimmbaren Heilmittel zu ermöglichen, deren genauere Bezeichnung wohl dem Sachverständigen unter Zugrundelegung des speziellen Kassenstatuts für den einzelnen Fall überlassen bleiben muß. Vergl. oben N. 5.

8) Nur in dem seltenen Ausnahmsfalle des § 10, Abs. 3 des Ges. ist für die Gemeindeversicherung eine Erweiterung der Heilmittel möglich.

9) nicht auch die Gemeinde.

10) Dieser engste Umfang des Begriffes „Familienangehörige" ergiebt sich abgesehen von inneren Gründen aus den Motiven zum Gesetze; vergl. dagegen unten § 25, N. 2.

11) Daraus ist zu folgern, daß der nur mittelbare Anspruch des Angehörigen sofort mit Beendigung der Mitgliedschaft des eigentlichen Versicherten — also möglicherweise auch während einer Krankheit des Angehörigen — z. B. durch Tod, Ausschließung des Versicherten erlischt.

2. Das Krankengeld.

§ 24.

I. Außer der Verbindlichkeit zur Gewährung freier Kur trifft den Versicherer noch die an die Voraussetzung der Erwerbsunfähigkeit des erkrankten Versicherten geknüpfte Verpflichtung zur Leistung eines Geldbetrags [1]).

Die Erwerbsunfähigkeit [2]) im Sinne des Gesetzes besteht in der zufolge der pathologischen Erscheinung entstandenen Unmöglichkeit, durch geeignete Lohnarbeit sich die Mittel zum Lebensunterhalte zu verschaffen; die Beurtheilung dieser Momente muß subjektiv d. h. unter Rücksichtnahme auf die besonderen persönlichen Verhältnisse des Patienten [3]) geschehen und braucht daher die Erwerbsunfähigkeit nicht schlechthin in völliger Arbeitsunfähigkeit bestehen, während andererseits auch eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit nicht auch Erwerbsunfähigkeit im gesetzlichen Sinne zur Folge haben muß, insbesondere dann nicht, wenn der Erkrankte sich vertragsmäßig den Fortgenuß von Lohn oder Unterhalt gesichert hat [4]). Eine durch die Krankheit bloß beschränkte Erwerbsunfähigkeit begründet das Recht auf Krankengeld noch nicht.

II. Die Höhe des Krankengeldes beläuft sich für jeden Arbeitstag regelmäßig auf die Hälfte des der Berechnung zu Grunde liegenden Tagelohnes derjenigen — nach Lohnhöhe und Alter bezw. Geschlecht geschiedenen — Klasse, welcher der Patient angehört.

---

1) Das Krankengeld wird entsprechend der Natur der Sache wohl fast immer kumulativ zur Gewährung der freien Kur hinzutreten, da ohne die Nothwendigkeit einer solchen eine Erwerbsunfähigkeit nicht leicht denkbar ist.

2) Vergl. bezüglich der Erwerbsunfähigkeit v. Riedel's Commentar zum Bayerischen Gesetze über öffentliche Armen- und Krankenpflege vom 29. April 1869, III. Auflage, S. 87 und 88. Nördlingen 1883, ferner Dr. jur. G. Eger, das Reichs-Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870 ꝛc. II. Auflage, S. 24 ff. Breslau 1884, endlich von Wödtke, Unfallversicherungsgesetz ꝛc. S. 75 und 76, Note 20.

3) Die Erwerbsunfähigkeit muß nicht als eine absolute, sondern nur bezüglich des speziellen Berufes vorhanden sein. Die Entscheidung der Frage der Erwerbsunfähigkeit ist namentlich hinsichtlich deren Grenzbestimmung zuweilen sehr schwierig und nur für den konkreten Fall möglich.

4) z. B. häufig bei Dienstboten.

Dieser Hälftenansatz bezeichnet die Mindestleistung des Versicherers; das Statut einer Ortskrankenkasse sowie ein Gemeindebeschluß bei der Gemeindeversicherung kann das Krankengeld erhöhen und zwar ersteres bis zu $^3/_4$ des durchschnittlichen Tagelohnes als dem zulässigen Maximum, während § 10, Abs. 3 des Gesetzes für die Gemeindeversicherung keine Maximalgrenze angiebt. — Eine fernere Vermehrung des Krankengeldes ergiebt sich aus § 5, Abs. 9 des Unfallversicherungsgesetzes, welches die Erhöhung des Krankengeldes für einen durch Unfall verletzten gegen Unfall versicherten Angehörigen eines Krankenversicherungsinstitutes auf mindestens zwei Drittel des der Berechnung zu Grunde liegenden Arbeitslohnes vom Beginne der fünften Woche nach Eintritt des Unfalls an bis zum Ablauf der dreizehnten Woche vorschreibt[5]).

Dagegen kann eine gänzliche oder theilweise Entziehung des Krankengeldes vermöge etwaiger Bestimmung des Kassenstatuts, bezw. vermöge gemeindlichen Beschlusses dann eintreten, wenn die Krankheit vorsätzlicherweise erzeugt oder deren Eintritt durch schuldhafte Betheiligung an Schlägereien oder Raufhändeln, durch oftmalige Trunkenheit — Trunkfälligkeit — oder durch geschlechtliche Ausschweifungen wenigstens als ein eventueller zugelassen wurde.

Des Weiteren tritt eine Schmälerung des Krankengeldes[6]) für diejenigen Mitglieder der Ortskrankenkasse ein, welche gleichzeitig bei einem anderen Versicherer z. B. einer eingeschriebenen Hülfskasse oder einem Privatversicherungsinstitute gegen Krankheit (also auch gegen Unfall) versichert sind; diesen Personen muß die Ortskrankenkasse das statutenmäßige Krankengeld soweit kürzen, als die Summe der von den mehreren Versicherern bezogenen Krankengelder den vollen Betrag des durchschnittlichen Tagelohnes der betr. Klasse übersteigen würde; doch kann das Kassenstatut diese für den Versicherten ungünstige Wirkung der Doppel- resp. Ueberversicherung ganz oder theilweise ausschließen.

---

5) Vergl. oben § 21.

6) Eine Kürzung des Sterbegeldes ist nicht gestattet, ebensowenig eine solche bezüglich der freien Kur, obgleich das Gesetz von der Kürzung der Krankenunterstützung schlechthin spricht, da ein Kürzungsmaßstab nur bei dem Krankengelde als gegeben zu erachten ist.

3. Surrogate der freien Kur und des Krankengeldes.

§ 25.

I. An Stelle der Gewährung freier Kur und der Leistung des Krankengeldes im Falle der Erwerbsunfähigkeit kann die freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause treten. Ein Recht auf Aufnahme in dasselbe steht dem Kranken nicht zu; vielmehr entscheidet über die Art der Unterstützung bei der Gemeindeversicherung ein Gemeindebeschluß, bei der Ortskrankenkasse das Statut, so daß der Versicherte selbst im Allgemeinen nur als Objekt der Krankenversicherung in Betracht kommt. Die Verpflegung in einem Krankenhause muß er sich als Form des Unterstützungsbezuges gefallen lassen; ein wirksames Einspruchsrecht hiegegen steht nur denjenigen Personen zu, welche verheirathet oder Glieder einer Familie sind [1]) und zwar nur dann, wenn die Krankheit nach ihrer Natur eine besondere Behandlung, welche die Verpflegung in der Familie als ungenügend erscheinen ließe, nicht erforderlich macht.

II. Außer der Kur und der Verpflegung kann der in einem Krankenhause Untergebrachte noch ein Krankengeld in der Höhe von einem Viertel des Tagelohnes unter der Voraussetzung beanspruchen, daß er bisher die Unterhaltskosten für Angehörige [2]) mittelst seines Arbeitsverdienstes thatsächlich bestritten hatte. Auch ohne diese Voraussetzung kann das Kassenstatut dem im Krankenhause Verpflegten ein Krankengeld bis zur Maximalhöhe von einem Achtel des Tagelohnes gewähren.

III. Eine andere Form des Ersatzes der freien Kur kann auf Grund des Statuts für diejenigen das Versicherungsverhältniß in der Ortskrankenkasse freiwillig fortsetzenden Mitglieder, welche sich nicht im Gemeindebezirke der Kasse aufhalten, in

---

1) Die bloße Thatsache der Verheirathung oder der Familienangehörigkeit dürfte nach richtiger Auslegung noch nicht genügen; es muß die Verpflegung in der Familie eventuell auch wirklich bethätigt werden.

2) Es müssen deren mindestens zwei vorhanden sein; übrigens ist hier der Begriff der Angehörigen weiter als derjenige der Familienangehörigen nach § 21, Ziff. 5 des Ges., indem zu den ersteren alle diejenigen zu zählen sind, welche der gewöhnliche Sprachgebrauch in den Kreis des Familienbegriffes einbezieht, wozu also auch z. B. Enkel, Ascendenten ꝛc. gehören.

der Weise bestellt werden, daß dieselben im Krankheitsfalle statt ärztlicher Behandlung und Heilmittel einen um die Hälfte des in der Kasse gewöhnlichen Krankengeldes erhöhten Betrag erhalten, welcher hienach zwischen drei Viertel und neun Achtel des durchschnittlichen Tagelohnes variiren kann.

4. Dauer der Krankenunterstützung.

§ 26.

I. Der Versicherer ist im Allgemeinen sofort mit Begründung der Zugehörigkeit zu dem Versicherungsinstitute verpflichtet, eventuell die Krankenunterstützung in ihrem vollen Umfange während der ganzen Dauer der Krankheit, bezw. der dadurch hervorgerufenen Erwerbsunfähigkeit dem Versicherten bis zu dessen völliger Genesung zu leisten.

Eine Beschränkung der Dauer der Unterstützungspflicht findet jedoch in mehrfacher Beziehung statt:

a. Das Krankengeld wird erst vom dritten Tage nach der Erkrankung an bezahlt (Karenzzeit), bei welcher Berechnung der Tag der Erkrankung selbst nicht mitgezählt wird.

b. Das Krankengeld wird nur für die Arbeitstage gewährt, welche in Folge der Krankheit versäumt werden, nicht auch für Sonn- und Feiertage [1]).

c. Für neu in ein Versicherungsinstitut eintretende Personen kann auf statutarischem Wege eine Karenzzeit auf die Dauer von höchstens sechs Wochen in der Weise festgesetzt werden, daß die Kassenleistungen, so weit sie den gesetzlichen Mindestbetrag [2]) überschreiten, den der Kasse neu Beigetretenen erst nach Ablauf dieser Frist geboten werden, freiwillig Eintretende bis dahin überhaupt erst unterstützungsberechtigt sein sollen [3]).

d. Die Krankenunterstützung [4]) endet regelmäßig ohne Rücksicht darauf, ob wirklich Genesung erfolgte, mit Ablauf

1) Die Bestimmung der Feiertage richtet sich nach lokalen Verhältnissen.

2) S. § 20 des Ges.

3) S. § 26 Abs. 4 Ziff. 4 des Ges. bezüglich der O.-Kr.-K.

4) Das Unfallversicherungsgesetz hat den Berufsgenossenschaften die Befugniß eingeräumt, auf die Krankenkassen bezw. Gemeinden die Verpflegung eines durch Unfall Verletzten über die dreizehnwöchentliche Frist hinaus bis zu seiner völligen Genesung zu übertragen. Vergl. oben.

der dreizehnten Woche gerechnet von dem Tage, da zum ersten Male Krankenunterstützung geleistet wurde; das Kassenstatut kann jedoch die Unterstützungsperiode bis zu einem Jahre ausdehnen. — Eine neue Unterstützungsberechtigung beginnt erst wieder mit dem Eintritte in eine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung.

e. Während im Allgemeinen der Wiedereintritt in die Beschäftigung die Berechnung der Krankheitsdauer unterbricht[5]), so daß erst mit einer etwaigen Wiedererkrankung die dreizehnwöchentliche Frist der neuen Unterstützungsperiode zu laufen beginnt, kann das Kassenstatut hiebei eine Beschränkung dadurch eintreten lassen, daß ein Kassenmitglied, welches die volle statutenmäßige Krankenunterstützung ununterbrochen oder im Laufe eines Kalenderjahres während dreizehn Wochen bezogen hat, bei Eintritt einer neuen Krankheit nur den gesetzlichen Mindestbetrag nach § 20 des Gesetzes und die volle Unterstützung der Kasse erst wieder nach Ablauf von mindestens dreizehn Wochen nach Empfang der letzten Leistung erhalten solle.

f. Freiwillig der Ortskrankenkasse bezw. Gemeindeversicherung beigetretenen Mitgliedern kann die Krankenunterstützung[6]) dann versagt werden, wenn dieselben bereits zur Zeit des Eintritts mit einer erkennbar entwickelten[7]) Krankheit behaftet sind, so daß für jene das Recht auf die vollen Unterstützungen erst mit dem Zeitpunkte der Genesung von der Krankheit begründet wird.

II. Andere Unterstützungsverbindlichkeiten.

§ 27.

Die Unterstützungsverbindlichkeit einer Ortskrankenkasse wird außer in Krankheitsfällen noch durch Niederkunft und Tod von Kassenmitgliedern begründet.

---

5) Demgemäß genügt ein einziger Arbeitstag zur Unterbrechung der Berechnung der Unterstützungsdauer.

6) Fraglich ist es bezüglich der Frage, ob auch freiwillig eingetretenen, einer Niederkunft entgegensehenden Frauenspersonen eine ev. Wöchnerinnenunterstützung zu versagen sei; doch dürfte diese Frage mit Rücksicht darauf, daß die Entbindung keine Krankheit ist, zu verneinen sein trotz des damit verbundenen inneren Widerspruchs; ein ev. Sterbegeld ist dagegen auch dann zu leisten, wenn der freiwillig Eingetretene, sodann Verstorbene schon zur Zeit des Beitrittes krank war.

7) Der bloße Keim einer später möglicherweise zur Erscheinung gelangenden Krankheit begründet die Unterstützungsverweigerung nicht.

I. Wöchnerinennunterstützung. — Wöchnerinnen[1]) haben auf die Dauer von mindestens drei und höchstens sechs Wochen, gerechnet vom Tage der Niederkunft, Anspruch auf Unterstützung, welche nach den für die Krankenunterstützung geltenden Grundsätzen zu bemessen ist, aber das Maß der Mindestleistungen[2]) nicht überschreiten darf. Das Kassenstatut kann auch die selbst nicht versicherte Ehefrau eines Kassenmitglieds der Wöchnerinnenunterstützung theilhaft erklären.

II. Sterbegeld. — In gewisser Beziehung verfolgt die Ortskrankenkasse auch die Zwecke einer Lebensversicherung, indem sie verpflichtet ist, im Falle Ablebens eines Kassenmitgliedes dessen Relikten eine zwischen dem zwanzigfachen und dem vierzigfachen Betrage des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Lohnarbeiter[3]) variirende Geldleistung zu gewähren. — Auf Grund einer etwaigen Bestimmung des Kassenstatuts kann auch im Falle des Todes der selbst nicht versicherten Ehefrauen oder der Kinder der Kassenmitglieder diesen ein Sterbegeld und zwar für erstere bis zu zwei Drittel, für letztere bis zur Hälfte des gewöhnlichen Sterbegeldes gezahlt werden.

Der Anspruch auf das Sterbegeld, welcher seiner Natur nach unveräußerlich und unverzichtbar ist, kann von demjenigen geltend gemacht werden, welcher nach den allgemeinen erbrechtlichen Bestimmungen als Erbe bezw. Legatar des verstorbenen Versicherten erscheint.

III. Regreßverbindlichkeiten.

§ 28.

Der Versicherer steht als Verpflichteter regelmäßig nur dem Versicherten gegenüber; der diesem letzteren zustehende Unterstützungsanspruch geht jedoch in gewissen Fällen auf dritte Personen über, welche dann an Stelle des Versicherten dessen Unterstützungsansprüche gegen den Versicherer in eigenem Namen geltend machen können, ohne daß dem Versicherer die Einrede

1) Hieher gehören nur solche Wöchnerinnen, welche unter normalen Umständen entbunden haben, während eine abnorm verlaufende, besondere Complicationen verursachende Niederkunft als Krankheit anzusehen ist; vergl. auch G.-O. § 135 Abs. 5.

2) Nach § 6 und 7 des Ges.

3) S. oben § 18 I a.

der Vorausklage oder diejenige der Theilung zustünde. Voraussetzung dieser Legalcession ist:

a) daß diese dritten Personen diejenige Unterstützung geleistet haben, zu welcher die Ortskrankenkasse bezw. Gemeinde in Gemäßheit des Reichsgesetzes vom 15. Juni 1883 verbunden gewesen wären,

b) daß die dritten Personen auf Grund einer reichs- oder landesgesetzlichen Rechtsnorm zur Unterstützung der Versicherten als hülfebedürftiger Personen verpflichtet seien;[1]) eine derartige Verbindlichkeit trifft auf dem ganzen Reichsgebiete zunächst die Gemeinden- und Armenverbände,[2]) sodann auch Betriebsunternehmer und Kassen.[3])

Die Regreßverbindlichkeit trifft den Versicherer so weit, als der Regreßberechtigte in Folge gesetzlicher Unterstützungspflicht Unterstützung thatsächlich geleistet hat, jedenfalls aber nicht über den Umfang der speziellen Unterstützungsansprüche des betreffenden Versicherten aus der Krankenversicherung hinaus. Als Aequivalent der vom Regreßberechtigten gewährten ärztlichen Behandlung und der Heilmittel darf dieser die Hälfte des Minimalbetrags des Krankengeldes, mithin ein Viertel des Tagelohnes vom Versicherer fordern.

C. Geltendmachung der Forderungsrechte.

§ 29.

I. Die auf Grund des Gesetzes vom 15. Juni 1883 bestehenden Forderungsrechte genießen rechtlichen Schutz für den Fall ihrer Verletzung oder Bestreitung; es gründet sich jener auf die Möglichkeit, diese Forderungsrechte auf dem Wege des Streitverfahrens bei den kompetenten Behörden geltend zu machen. Als hiezu zuständige Behörden können in Betracht kommen die Aufsichtsbehörden, die Verwaltungsgerichtsbehörden, Gewerbegerichte, Gemeindebehörden und Schiedsgerichte, endlich die ordentlichen Gerichte.

1) Die freiwillige Uebernahme einer an sich den Versicherer treffenden Unterstützungsverpflichtung hat also nicht den Erfolg einer derartigen Legalcession, ohne daß jedoch die allgemeinen Grundsätze über in rem versio ꝛc. aufgehoben wären.

2) Vergl. das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 6. Juni 1870.

3) Insbesondere Bergwerksbesitzer und Knappschaftskassen.

II. Drei Gruppen von Streitfällen lassen sich unterscheiden:

a) Streitigkeiten zwischen den Versicherern und den Versicherten [1]) bezw. deren Arbeitgebern in Bezug auf die gegenseitigen Verbindlichkeiten. [2]) Dieselben gehören zur Competenz der Aufsichtsbehörden; [3]) deren Entscheidungen, so weit sie Unterstützungsansprüche der Versicherten betreffen, vorläufig vollstreckbar sind. Die Beschreitung des Rechtsweges durch Erhebung der Klage bei dem zuständigen ordentlichen Gerichte ist statthaft innerhalb zweier Wochen nach Zustellung der Entscheidung der Aufsichtsbehörde an die Streitstheile.

b) Streitigkeiten zwischen den Versicherern und dritten Personen bezüglich der den einen oder den anderen zustehenden Regreßansprüche; [4]) hierüber entscheiden die Verwaltungsgerichte; wo ein Verwaltungsstreitverfahren nicht eingerichtet ist, greift die Zuständigkeit der Aufsichtsbehörde Platz, deren Entscheidungen jedoch mit Ausnahme des oben genannten Falles niemals vorläufig vollstreckbar sein können.

c) Streitigkeiten zwischen Arbeitgebern und den von ihnen beschäftigten Versicherten hinsichtlich der Berechnung und Anrechnung der Beiträge der Arbeitgeber. [5]) Hierüber haben nach § 120 a der Gewerbeordnung besondere Gerichte und Mangels solcher die Gemeindebehörden oder an Stelle beider Arten von Behörden die auf Grund Ortsstatuts von der Gemeinde gebildeten Schiedsgerichte zu entscheiden.

---

1) Hieher gehören auch diejenigen Streitfälle, da ein Versicherungspflichtiger oder Versicherungsberechtigter sein Recht, überhaupt versichert zu sein, einem bestimmten Versicherer gegenüber oder ein Versicherer sein aus seiner Zuständigkeit hervorgehendes Recht auf den Eintritt eines Versicherungspflichtigen in das Versicherungsverhältniß geltend macht. S. auch § 78 des Gesetzes, wonach die versicherungspflichtigen Personen in Streitigkeiten über Unterstützungsansprüche vom Kostenvorschusse befreit sind.

2) Die Exekution wegen nicht entrichteter Beiträge findet nach den für die Beitreibung rückständiger Gemeindeabgaben geltenden Grundsätzen statt, für welche das einschlägige Landesrecht maßgebend ist. Geräth der Beitragspflichtige in Konkurs, so hat der Versicherer als besonders privilegirter Gläubiger das Vorzugsrecht des § 54 Nr. 1 der Reichs-Konkursordnung vom 10. Februar 1877, wonach die Beitragsforderung neben dem Lidlohne an erster Stelle rangirt.

3) S. unten § 34.

4) S. oben § 21 und § 28.

5) Vergl. auch die Strafbestimmung des § 82 des Gesetzes.

6. Abschnitt.

Verfassung und Verwaltung.

I. Grundlage derselben.

(Das Kassenstatut.)

§ 30.

Während bei der Gemeindeversicherung die Organisation des Versicherungswesens sich unmittelbar an die Verfassung und Verwaltung der Gemeinde selbst anschließt, welche außer ihren bisherigen übrigen Funktionen nunmehr noch diejenige eines Versicherers besitzt, so daß von einer besonderen Verfassung und Verwaltung der Gemeinde als Trägerin der Versicherung nicht gesprochen werden kann, baut sich bei der selbständig für sich als juristische Person bestehenden Ortskrankenkasse die Kassenorganisation auf der Grundlage eines Statuts auf; dessen Errichtung ist eine nothwendige Voraussetzung dafür, daß die Kasse überhaupt in's Leben trete.

Die Bestimmungen des Statuts für eine spezielle Ortskrankenkasse sind von der Gemeindebehörde, welche zugleich Gründerin der Kasse ist, innerhalb des vom Gesetze gelassenen Spielraumes festzustellen; dieser Verpflichtung darf die Gemeinde jedoch erst dann nachkommen, wenn sie mit denjenigen, welche an der Errichtung der Kasse zunächst betheiligt sind d. i. mit den Versicherungspflichtigen und deren Arbeitgeber diesbezügliche Verhandlungen gepflogen hat.

Gewisse Materien [2]) müssen ausdrücklich durch das Statut

---

1) Dies ergiebt sich aus der Natur der Gemeindeversicherung, bei welcher die Gemeinde sowohl in Bezug auf die Versicherung als die übrigen Zwecke rechtlich eine und dieselbe Person ist, so daß nur die schon bestehende gemeindliche Organisation ein neues Objekt ihres Eingreifens findet.

2) Diese sind die Bestimmungen:

a) des Gewerbszweiges oder der Betriebsart, für welche die Kasse errichtet ist,

b) über die Höhe der von den Versicherten und deren Arbeitgebern zu leistenden Beiträge,

normirt werden, so daß Mangels Aufnahme solcher nothwendiger Bestimmungen dasselbe nicht als errichtet gelten, mithin auch die — wennschon bereits errichtete — Kasse selbst nicht in Wirksamkeit treten kann; andere Bestandtheile[3]) erweisen sich als zweckentsprechend, jedoch nicht als absolut nothwendig; verboten ist zufolge einer besonderen gesetzlichen Bestimmung, daß das Statut Normen aufnehme, welche nicht den Krankenversicherungszweck betreffen[4]) oder dem Gesetze selbst widersprechen[5]).

Das von der Gemeindebehörde errichtete Statut bedarf zur rechtlichen Gültigkeit der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde[6]), deren Bescheid jedoch im Falle der Versagung nur mit dem Widerstreite zu einer gesetzlichen Bestimmung

---

c) über die Art und den Umfang der Kassenleistungen,
d) über die Bildung des Vorstands und den Umfang seiner Befugnisse,
e) über die Zusammensetzung und Berufung der Generalversammlung und die Art ihrer Beschlußfassung,
f) über die Abänderung des Statuts und
g) über die Aufstellung und Prüfung der Jahresrechnung.

3) Insbesondere wird sich die Aufnahme von Bestimmungen über die Art der Abgabe der Unterstützungen, die Einsendung der Beiträge, bezw. deren Erhebung, über die Zahlungstermine, die Bezeichnung der Anmeldestellen, über Eintrittsgeld, Karenzzeit, Krankenkontrolle (namentlich auch bezüglich der nicht im Gemeindebezirke sich aufhaltenden Personen), nicht umgehen lassen, eventuell dürfte ein Mangel derartiger Normen einen Grund für die Versagung der Genehmigung der h. Verwaltungsbehörde bilden.

4) z. B. gesellschaftliche oder auf Erwerb gerichtete Zwecke, der Betrieb eines Gewerbes. Jedoch kann es nicht zweifelhaft sein, daß im Falle einer — jedenfalls zulässigen — Schenkung, welche einen gewerblichen oder sonstigen Betrieb involviren würde z. B. Schenkung eines landwirthschaftlichen Betriebes, trotz der Bestimmung des § 29, Abs. 2 des Ges. auch Verwendungen für derartige Erwerbszwecke, so weit sie im Interesse der Kasse zufolge der Natur des geschenkten Objektes sich als erforderlich ergeben, nicht aber darüber hinaus, nicht nur statthaft, sondern sogar wenigstens vorübergehend geboten sind; niemals aber dürfen Unternehmungen obiger Art aus der eigenen Initiative der Kasse hervorgehen. — Ausdrücklich hat das Gesetz verboten, daß die Krankenkasse auch Invaliden-, Wittwen- und Waisenunterstützungen und dergl. leiste.

5) z. B. Ueberschreitung des Höchstbetrages an Krankenunterstützung.

6) Der Bescheid derselben ist innerhalb 6 Wochen nach Vorlage des Statuts zu ertheilen.

begründet werden kann, mit Gründen ausdrücklich versehen sein muß und auf dem Wege des Verwaltungsstreitverfahrens, bezw. des Rekurses anfechtbar ist [7]).

Nach denselben Grundsätzen wie die Errichtung des Statuts ist die Abänderung eines bestehenden zu beurtheilen, wozu also außer den nach der Kassenverfassung sich ergebenden Vorbedingungen die Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde nothwendig wird.

Um die formalen und materiellen Erfordernisse der Kassenorganisation besonders zu kennzeichnen, zugleich auch im Interesse der Vermeidung allzu bedeutender Divergenzen unter den einzelnen Kassen hat der Bundesrath unter dem 14. März 1884 zwei Entwürfe zu Statuten für eine Ortskrankenkasse und eine Betriebskrankenkasse veröffentlicht, deren Bestimmungen, wenn sie auch nur den Zweck einer Instruktion verfolgen, gleichwohl zur Gesetzesinterpretation von bedeutendem Gewichte sind.

II. Organe des Versicherers.

§ 31.

Der Versicherer bedarf als juristische Person der Vertretung; da die Gemeinde in der Stellung eines Versicherers nicht eine besondere Person, keine Kasse repräsentirt, so ergiebt sich für die nach der Verfassung des engeren oder weiteren Communalverbandes schon bestellten Vertreter aus dem Institute der Gemeindeversicherung nur eine Erweiterung ihres Wirkungskreises. Dagegen bedarf die Ortskrankenkasse, welche eine selbstständige Persönlichkeit darstellt, auch besonderer Vertreter.

Solche nothwendige Organe jener Corporation sind der Vorstand und die Generalversammlung.

1. Der Vorstand.

I. Zusammensetzung des Vorstands. — Die Bildung des Vorstands vollzieht sich durch Wahl [1]) von Seite der General-

7) Der Rekursweg richtet sich nach § 20 und 21 der G.-O., wonach der Rekurs an die nächstvorgesetzte Behörde geht. S. Landmann der G.-O. 2c. Seite 76 ff. Nördlingen 1884.

1) Ueber diese ist ein Protokoll zu errichten. Ueber die Modalitäten der Wahl hat das Statut Bestimmungen zu treffen.

versammlung unter Leitung des bisher aktiven Vorstands [2]). Im Falle Weigerung der Wahlberechtigten [3]), die Wahl vorzunehmen, hat die Aufsichtsbehörde die Befugniß, entweder die Vorstandschaft direkt zu ernennen oder Vertreter der Generalversammlung aufzustellen, welche die Wahl vorzunehmen haben. Von jedem Wahlergebnisse sowie überhaupt von jeder Veränderung in der Zusammensetzung des Vorstands hat dieser innerhalb einer Woche Anzeige an die Aufsichtsbehörde zu erstatten, widrigenfalls derselbe die Gefahr der Geltendmachung des vor der Veränderung vorhanden gewesenen Standes der Vorstandschaft von Seite dritter Personen auf sich nehmen muß [4]) und sich von diesen nachtheiligen Folgen nur durch den Beweis, daß der Dritte die Veränderung gekannt habe [5]), befreien kann.

Zu diesen von den Versicherten selbst zu wählenden Vorstandsmitgliedern, welche einen nothwendigen Bestandtheil der Vorstandschaft ausmachen, kann noch eine Vertretung der auf Grund des Gesetzes beitragspflichtigen Arbeitgeber hinzukommen, welche auf Repräsentation Anspruch haben, jedoch auf dieselbe verzichten [6]) können; die Bestellung dieser Vertreter geschieht auch hier durch Wahl der Generalversammlung, welche sich bei derselben in zwei getrennt für sich votirende Abtheilungen — diejenige der Versicherten und diejenige der Arbeitgeber [7]) — scheidet. Die Zahl der Vertreter der letzteren im Vorstande darf unter keinen Umständen mehr als ein Drittel der Gesammt-

---

2) Wenn ein Vorstand nicht vorhanden ist, also insbesondere bei der ersten Wahl nach der Kassenerrichtung übernimmt die Aufsichtsbehörde die Leitung der Wahl.

3) das sind die versicherten Kassenmitglieder.

4) Der Vorstand müßte namentlich die von einem ausgetretenen Vorstandsmitgliede im Namen der Kasse mit dritten die Veränderung nicht kennenden Personen innerhalb seines früheren Wirkungskreises abgeschlossenen Rechtsgeschäfte anerkennen.

5) Der Nachweis, daß die dritte Person die Veränderung hätte kennen sollen, genügt also nicht.

6) Verzichten kann nur jeder für sich; auch ein Verzicht der Majorität der Arbeitgeber ist nicht für die übrigen verbindlich, dem Verzichte steht die Nichtausübung des Wahlrechts gleich.

7) Das Kassenstatut kann diejenigen Arbeitgeber, welche mit den Beiträgen im Rückstande sind, von dem aktiven und passiven Wahlrechte ausschließen.

zahl der Vorstandsmitglieder betragen[8]) und ist zu berechnen nach dem Verhältnisse des Betrages der auf die Versicherten treffenden Beiträge zu den von den Arbeitgebern aus eigenen Mitteln geleisteten.[9])

Die von der Abtheilung der Versicherten zu wählenden Vorstandsmitglieder müssen selbst dieser Kategorie entnommen sein, so daß die Wahl von Nichtmitgliedern rechtsunwirksam wäre; dagegen ist es kein Erforderniß, daß auch die Vertreter der Arbeitgeber aus deren Mitte gewählt werden müssen, vielmehr können sowohl die Versicherten selbst als auch ganz ferne stehende dritte Personen[10]) hiezu berufen werden; die Vorstandsmitglieder sollen großjährig und im Besitze der bürgerlichen Ehrenrechte sein, dagegen kommt auf das Geschlecht nichts an.

II. Rechte des Vorstands. — Der Inhalt der Rechte des Vorstands besteht in der Befugniß, die Kasse zu vertreten; derselbe ist principiell das einzige Organ, durch welches der Wille des Versicherers zum Ausdrucke gelangt und können alle Rechtshandlungen nur durch den Vorstand vorgenommen werden, während die Generalversammlung an sich nicht handeln kann, sondern an die Exekutive des Vorstands gebunden ist und nur durch ihre Beschlußfassung der Thätigkeit des Vorstands eine bestimmte Richtung zu geben vermag.

Der Vorstand ist in seinen Handlungen theils völlig selbständig theils von den Beschlüssen der Generalversammlung abhängig, in welchem Falle er ohne Ermächtigung oder Genehmigung derselben die Vertretung nicht bethätigen darf. Maßgebend für die Abgrenzung der Befugnisse des Vorstandes ist außer dem Gesetze selbst zunächst das Kassenstatut; es läßt sich die Regel aufstellen, daß der Vorstand nur dann ungebunden

---

8) Mit Rücksicht auf den Wortlaut des Gesetzes, welches von dem „Gesammtbetrag der Beiträge" spricht, erscheint die Ansicht Regers, daß die Beiträge der Versicherungsberechtigten hier abzuziehen seien, unhaltbar um so mehr, als das Gesetz alsdann einfach den regelmäßigen Antheil der Arbeitgeber an der Stimmzahl mit einem Drittel normirt hätte, während es thatsächlich nur die Maximalgrenze mit einem Drittel festsetzt.

9) In Folge dessen wird sich die regelmäßige Mindestzahl der Vorstandsmitglieder auf drei Personen belaufen.

10) z. B. Aerzte, Juristen.

an die Beschlüsse der Generalversammlung handeln darf, wenn das Gesetz oder das Statut ihn ausdrücklich hiezu ermächtigt; handelt jedoch der Vorstand unter Uebertretung seiner Vertretungsbefugniß, so wird der Rechtsbestand der Handlung nach außen zunächst nicht beeinträchtigt[11]), sondern es greift nur eine Verantwortlichkeit gegenüber der Generalversammlung Platz.

Das Recht des Vorstandes, die Kasse zu vertreten, äußert sich nach außen und nach innen. In der Richtung nach außen vertritt der Vorstand die Kasse sowohl gerichtlich als außergerichtlich, er schließt Rechtsgeschäfte mit dritten Personen gültig ab, kann also auch Eigenthum erwerben oder veräußern, Gelder anlegen, Pfandrechte bestellen u. s. f., er führt ferner die Vertretung der Kasse gegenüber der Aufsichtsbehörde. — Nach innen d. h. gegenüber der Generalversammlung und den Kassenmitgliedern obliegt ihm insbesondere die Aufsicht über das Rechnungs- und Kassenwesen, die Verabfolgung der Unterstützungen, Vereinnahmung der Beiträge 2c., überhaupt die Sicherung der Durchführung des ganzen Versicherungszweckes; des Weiteren hat der Vorstand die Generalversammlung zu berufen, zu leiten und zu schließen, das Recht Anträge in derselben zu stellen und die Geschättsordnung innerhalb der durch das Statut gezogenen Schranken zu normiren.

Zu allen in seinen Wirkungskreis fallenden Rechtshandlungen hat der Vorstand Generalvollmacht und bedarf auch dann, wenn das Gesetz eine Spezialvollmacht vorschreibt, einer solchen nicht; als Legitimation genügt überall die Bescheinigung der Aufsichtsbehörde, daß eine bestimmt bezeichnete Person zur Zeit der Vorstandschaft angehört.

Das Verhältniß der mehreren Vorstandsmitglieder unter sich ist dahin zu beurtheilen, daß im Allgemeinen der Vorstand nur als Gesammtheit seine Funktionen ausüben kann, sohin ein einzelnes Mitglied nicht zur Vornahme aller dem Vorstande zustehenden Befugnisse berechtigt ist; es entscheidet vielmehr unter den mehreren Mitgliedern Mangels einer besonderen Bestimmung des Statuts der Wille der Majorität; durch dieses

---

11) Selbstverständlich können dritte Personen, die die Ueberschreitung der Vertretungsbefugniß gekannt haben, aus der verbotswidrig von Kassenvorstandsmitgliedern vorgenommenen Handlung für sich nicht Rechte gegenüber der Kasse geltend machen.

kann jedoch die Vertretung nach außen einem oder mehreren Mitgliedern des Vorstands, insbesondere einem Vorsitzenden, ausschließlich übertragen werden, während gegenüber der Generalversammlung und den Kassenmitgliedern nur die Gesammtheit des Vorstandes, nicht ein einzelnes Mitglied ausschließlich die Vertretung übernehmen darf.[12])

III. Haftung des Vorstandes. — Der Vorstand ist dafür verantwortlich, daß die ihm obliegenden, aus der Kassenvertretung sich ergebenden Geschäfte mit pflichtgemäßer Sorgfalt ausgeführt werden; als Maßstab derselben stellt das Gesetz diejenige Diligenz auf, welche der Vormund dem Mündel gegenüber zu prästiren hat; dieselbe ist nach dem einschlägigen Landesrechte zu beurtheilen[13]). Das Reichsgesetz setzt auf die Verwendung von verfügbaren Kassengeldern außerdem noch eine besondere Strafe, indem jene Gelder sowohl im Falle culposer als bei doloser Verwendung hoch zu verzinsen sind. Bei Vorhandensein einer solchen ebenbezeichneten, dolo begangenen Rechtswidrigkeit sowohl als auch bei jeder anderen absichtlichen Schädigung des Kassenvermögens oder des Kassenzweckes überhaupt greift außerdem noch die strafgerichtliche Verfolgung des Kassenmitglieds wegen Untreue nach § 266 des Reichsstrafgesetzbuches Platz.

2. Die Generalversammlung.

§ 32.

I. Zusammensetzung der Generalversammlung. — Diese besteht

a) aus sämmtlichen Kassenmitgliedern, den Versicherten, ohne Unterschied des Geschlechts mit Ausnahme der minderjährigen und der der bürgerlichen Ehrenrechte für verlustig erklärten Peesonen,

b) aus den beitragspflichtigen Arbeitgebern, eventuell ausschließlich derjenigen, welche mit ihren Beiträgen im Rückstande

---

12) Ausschließlich kann von vorne herein die Vertretung nach innen nicht einem Mitgliede allein übertragen werden, wohl aber kann im einzelnen Falle der einzelne auch nach innen als Vertreter der Gesammtheit handeln.

13) Gewöhnlich haftet der Vormund für culpa quam in suis rebus.

sind; der Anspruch derselben auf Vertretung in der Generalversammlung ist nach den gleichen Grundsätzen zu beurtheilen wie das Recht der Arbeitgeber auf Repräsentation im Vorstande [1]).

Principiell hat jedes Kassenmitglied sowie jeder Arbeitgeber Stimmrecht in der Generalversammlung, zu welcher alle Betheiligten zu erscheinen berechtigt sind. Dagegen kann dieselbe auch auf indirektem Wege dadurch gebildet werden, daß nur einer Minderheit, einer von der Gesammtheit der an sich stimmfähigen Personen gewählten Vertretung die Funktion der Generalversammlung überwiesen wird, während die übrigen keinen weiteren Antheil an den der Generalversammlung zukommenden Rechten haben. Maßgebend für die Frage, ob Vertreter der Gesammtheit die Generalversammlung zu bilden haben, ist das Kassenstatut; dagegen ist unabhängig von diesem der indirekte Weg der Repräsentation durch eine Minderzahl dann einzuhalten, wenn die Versicherten die Zahl von fünf Hundert erreichen [2]). Die Wahl der Vertreter geschieht unter Leitung des Vorstands [3]).

II. Rechte der Generalversammlung. — Während der Vorstand die Beziehungen der Kasse zu dritten Personen und zu den Kassenmitgliedern selbst vermittelt, sich als Exekutivorgan darstellt und sich alle Rechtshandlungen nach außen nur durch jenen vollziehen können, besitzt die Generalversammlung zunächst nur das Recht der Beschlußfassung; die von ihr gefaßten Beschlüsse haben, wenn sie sich auf die innerhalb ihres Wirkungs-

---

1) Um die betr. Drittelsquote der Arbeitgeber an der Gesammtzahl der Stimmen zu ermöglichen, giebt der Statutenentwurf den Ausweg an, daß jedes Kassenmitglied zwei Stimmen, jeder Arbeitgeber für jedes bei ihm beschäftigte Kassenmitglied je eine Stimme führen solle; jedoch ist eine andere Art der Vertretung der Arbeitgeber nicht ausgeschlossen.

2) Da das Gesetz nur bezüglich der Kassenmitglieder, der der Versicherten selbst, von einer ev. Nothwendigkeii der Wahl von Vertretern spricht, so ist beim Mangel einer ausdrücklichen diesbezüglichen Bestimmung des Kassenstatuts eine Wahl von Vertretern auch Seitens der Arbeitgeber selbst bei einer Mitgliederzahl von 500 nicht als erforderlich zu erachten.

3) falls dieser nicht vorhanden ist, unter Leitung eines Vertreters der Aufsichtsbehörde.

kreises liegenden Objekte beziehen, dem Vorstande gegenüber die Wirkung, daß dieser an die Beschlüsse gebunden ist und für jede Abweichung von denselben haftet;[4]) eine eigentliche Mitwirkung an der Durchführung derselben hat jedoch die Generalversammlung nicht.

Der Umfang desjenigen Kreises von Angelegenheiten, deren Wahrnehmung der Generalversammlung zur Beschlußfassung unterliegt, bestimmt sich durch das Gesetz, sodann durch das Kassenstatut; alle diejenigen Materien, welche nicht ausdrücklich dem Vorstande zur selbständigen Behandlung überwiesen sind, gehören zur Competenz der Generalversammlung.

Das Gesetz selbst bestimmt als Minimum der Befugnisse der Generalversammlung die Entgegennahme der Jahresrechnung sowie das Recht dieselbe vorher durch einen besonderen Ausschuß[5]) prüfen zu lassen, ferner die Verfolgung von Ansprüchen gegen Vorstandsmitglieder aus deren Amtsführung durch Beauftragte,[6]) die Beschlußfassung über Statutenänderung, die Wahl des Vorstands und die Beschlußfassung über die Vereinigung mit einer anderen Ortskrankenkasse zu einem Verbande.[7])

III. Das Meldewesen.

§ 33.

I. Um den Stand der Versicherten dauernd klar zu legen, das Versicherungsverhältniß des Einzelnen überhaupt evident

---

4) Eine andere Frage ist es, ob eine Seitens des Vorstands in Ueberschreitung seiner Befugnisse vorgenommene Handlung dritten die Ueberschreitung nicht kennenden Personen gegenüber dennoch zu Recht bestehe; die Bejahung jener Frage ist eine nothwendige Folge der dem Vorstand zustehenden allgemeinen Vertretungsbefugniß.

5) Dieser Ausschuß repräsentirt nicht ein selbständiges Kassenorgan, sondern nimmt nur hinsichtlich eines bestimmten Zweckes, nämlich der Prüfung der Jahresrechnung, welchem die ganze Generalversammlung nicht wohl genügen könnte, deren Stelle als ihr vorübergehender Vertreter ein.

6) Von der Regel, daß die Generalversammlung dritten Personen gegenüber Rechtshandlungen nicht vornehmen könne, existirt die eine Ausnahme, daß die Generalversammlung durch Unterorgane, die oben bezeichneten Beauftragten, die jedoch nicht die Kasse, sondern nur die Generalversammlung vertreten, die Ansprüche, welche der Kasse aus der Amtsführung der Vorstandsmitglieder erwachsen, gerichtlich und außergerichtlich durch jene Beauftragten, welche nicht zugleich Kassenmitglieder sein müssen, verfolgen kann.

7) S. unten § 34 III.

zu erhalten und eine Kontrolle über die Zugehörigkeit zu einem Versicherungsinstitute zu ermöglichen, ordnet das Gesetz an, daß alle Versicherungspflichtigen, welche einer Ortskrankenkasse oder der Gemeindeversicherung angehören, angemeldet bezw. abgemeldet werden müssen, ohne daß jedoch die thatsächliche Begründung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses hievon abhängig wäre, da dieselben vielmehr lediglich ein Ausfluß der Beschäftigung sind.

Die Verpflichtung zur An- und Abmeldung[1]) trifft in allen Fällen den Arbeitgeber, auch wenn dieser nicht beitragspflichtig sein sollte;[2]) die Nichterfüllung dieser Verbindlichkeit, für welche derselbe allein haftet, selbst dann, wenn er den zu meldenden Versicherten mit der Meldung beauftragt hat, bewirkt als Folge außer strafrechtlichen Nachtheilen nach § 81 des Gesetzes[3]) noch civilrechtliche strafweise Regreßansprüche Seitens des Versicherers, indem dieser vom Arbeitgeber Ersatz aller Aufwendungen, welche er nach gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift für den nicht angemeldeten Versicherungspflichtigen im Falle einer etwaigen Krankheit gemacht hat, beanspruchen kann.[4])

II. Die Meldung hat spätestens am dritten[5]) Tage nach dem Eintritte in die Beschäftigung[6]) und spätestens am dritten[5]) Tage nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses bei dem betr. Arbeitgeber an der Meldestelle zu erfolgen d. i. bei der Ge-

---

1) Gleichgiltig ist für den Arbeitgeber die Frage, ob der Anzumeldende bereits Mitglied des betr. Versicherungsinstituts war oder der Abzumeldende demselben auch nach dem Austritt aus der Beschäftigung angehörig bleiben wird.

2) Gewollt ist, daß auch diejenigen Arbeitgeber, welche nach § 54 des Ges. von der Beitragspflicht etwa befreit sein sollten, dennoch mit der Meldepflicht belastet seien.

3) Die Unterlassung der Meldungen unterliegt einer Strafdrohung von 1 bis 20 M. Geldstrafe.

4) Vergl. hierüber oben § 20 I.

5) Der Tag des Eintritts in die Beschäftigung, bezw. des Austritts aus derselben kommt nicht in Berechnung.

6) Da die Meldepflicht sich nur auf die Versicherungspflichtigen bezieht, so fällt dieselbe selbstverständlich bei nur vorübergehend Beschäftigten — selbst bei mehr als dreitägiger Beschäftigungsdauer — weg; s. § 1 Abs. 1 des Ges.

meindeversicherung bei der Gemeindebehörde oder einer von dieser zu bestimmenden Stelle, bei der Ortskrankenkasse an der durch das Statut bezeichneten Stelle. Statt dessen kann die Aufsichtsbehörde eine gemeinsame Meldestelle für alle der Gemeindeversicherung und einer Ortskrankenkasse angehörenden Versicherungspflichtigen eines bestimmten Bezirks bezeichnen.[7])

IV. Kassen- und Rechnungsführung.

§ 34.

I. Die Führung des Kassen- und Rechnungswesens obliegt bei der Gemeindeversicherung den Gemeindebehörden, bei der Ortskrankenkasse zunächst dem die Kasse nach außen und innen vertretenden Vorstande. Mit der eigentlichen Kassen- und Rechnungsführung d. h. der Einnahme und Verausgabung im einzelnen, Anlage der Mitgliederlisten, Stellung der Rechnung, der Abgabe der Unterstützungen, eventuell auch Entgegennahme der Meldungen u. s. f. wird jedoch regelmäßig eine Person, der Kassen- oder Rechnungsführer besonders betraut; dieser muß nicht ein Kassenmitglied sein, wird gewöhnlich auf dem Wege des Dienstvertrages vom Vorstand angestellt und untersteht der direkten Aufsicht desselben, als dessen Unterorgan[1]) der Kassenführer hinsichtlich seiner Funktionen anzusehen ist; die Haftung des letzteren aus seiner Geschäftsführung bestimmt sich nach den gleichen Gesichtspunkten wie diejenige der Vorstandsmitglieder, bemißt sich also nach dem von einem Vormunde geforderten Grade von Sorgfalt. Im Uebrigen vergl. § 55 bis 62 des Statutenentwurfs vom 14. März 1884.

II. Bezüglich der Kassenverwaltung besitzt im Allgemeinen das Kassenstatut maßgebende Bedeutung, hinsichtlich der Art und Form der Rechnungsführung kann auch die höhere Verwaltungsbehörde Vorschriften erlassen, endlich regelt das Gesetz selbst mehrfache Punkte, wie folgt:

a) Bei der Gemeindeversicherung, bei welcher die Gemeinde

---

7) Die Kosten der gemeinsamen Meldestelle werden von den verschiedenen Versicherern nach Verhältniß der Zahl der ihnen zugehörigen versicherungspflichtigen Personen berechnet.

1) Der Kassenführer handelt zwar im Namen und auf Rechnung der Kasse selbst, ist aber nur Organ des mit der Vertretung derselben nach innen und außen betrauten Vorstands.

in der Stellung eines Versicherers sich als eine besondere Person nicht darstellt, ist ungeachtet dessen für Versicherungszwecke eine zwar nicht rechtlich, aber thatsächlich geschiedene Kasse zu bilden und müssen auch die Einnahmen und Ausgaben der Ortskrankenkasse von etwaigen anderen der Krankenkasse fremden [2]) Zwecken getrennt berechnet und die Kassenbestände örtlich gesondert aufbewahrt werden.

b) Die Beiträge können vom Versicherer im voraus erhoben werden. [3])

c) Das Krankengeld ist wöchentlich postnumerando zu bezahlen, [4]) falls nicht das Statut für die Ortskrankenkasse einen abweichenden Zahlungstermin festsetzt.

d) Die Gemeinde ist als Trägerin der Versicherung verbunden, für laufende zum Versicherungszwecke erforderliche Ausgaben nöthigen Falls Deckung durch Vorschüsse zu gewähren, wodurch jedoch an und für sich in Folge der Identität der Person des Vorschießenden und Empfangenden ein Rechtsgeschäft nicht eingegangen wird; nichts desto weniger besteht die Vorschrift, daß die der Versicherung dienende gemeindliche Kasse die empfangenen Vorschußleistungen dann wieder abzugeben habe, wenn sich ein Ueberschuß der Einnahmen über die Ausgaben einschließlich der zur Ansammlung des Reservefonds zu verwendenden Beträge ergeben hat.

e) Sowohl die Gemeinde als die Ortskrankenkasse haben einen Reservefonds anzusammeln; in diesen fließen alle Ueberschüsse [5]) der Jahreseinnahmen über die Ausgaben. Die Höhe desselben bemißt sich bei der Gemeindeversicherung nach dem

---

2) z. B. gesellschaftlichen Zwecken, zu deren Verfolgung sich alle Kassenmitglieder vereinigt haben.

3) Die Beiträge müssen bei der Ortskrankenkasse an den vom Statut festgesetzten Terminen bezahlt werden, bei der Gemeindeversicherung sind dieselben wöchentlich einzuzahlen, falls nicht ein Gemeindebeschluß eine andere Zahlungsperiode bestimmt. Im übrigen ist beim Mangel einer besonderen Bestimmung die Erhebung der Beiträge Seitens des Versicherers zu bethätigen.

4) Es liegt in der Natur der Krankenunterstützung, daß das Krankengeld vom Versicherer dem kranken Versicherten abzuliefern und dieser nicht zur Einhebung der Beträge verpflichtet sei.

5) Die Ueberschüsse der Gemeindeversicherung sind zunächst zur Rückgabe der geleisteten Vorschüsse zu verwenden.

Betrage einer durchschnittlichen Jahreseinnahme als dem zulässigen Maximum und haben etwaige weitere Ueberschüsse nach Ansammlung des Reservefonds entweder die Herabsetzung der Beiträge oder eine Erhöhung der Unterstützungen zur Folge. Während für die Gemeindeversicherung kein Minimalbetrag des Fonds vorgeschrieben ist, hat sich derselbe bei der Ortskrankenkasse mindestens in der Höhe einer durchschnittlichen Jahresausgabe zu belaufen und ist ihm jährlich mindestens ein Zehntel der ganzen Beitragssumme bis zur vollendeten Ansammlung zuzuführen;[6]) der Maximalbetrag besteht hiebei in dem doppelten des bezeichneten Mindestbetrags.

f) Geldbeträge,[7]) welche in der Ortskrankenkasse — nicht bloß vorübergehend — vorhanden sind, müssen in Sparkassen oder wie Gelder Bevormundeter[8]) verzinslich angelegt werden; für Unterlassung der Anlage haftet eventuell der Vorstand.

g) Die im Vermögen der Ortskrankenkasse befindlichen Werthpapiere sollen bei der Aufsichtsbehörde oder nach deren Anweisung an einer anderen Stelle deponirt werden mit Ausnahme derjenigen Werthpapiere, welche dem Zwecke einer vorübergehenden Anlage zeitweilig verfügbarer Betriebsgelder dienen.

III. Regelmäßig bestehen die Krankenversicherungsinstitute selbständig ohne gegenseitige Beziehungen unter einander; Ortskrankenkassen können jedoch mit einander in Verbindung treten. Es können nämlich aus Zweckmäßigkeitsrücksichten gewisse Zweige der Verwaltung dergestalt gemeinsam gemacht werden, daß sich zwei oder mehrere innerhalb des Bezirks einer Aufsichtsbehörde befindliche Ortskrankenkassen zu einem Verbande vereinigen, ohne daß jedoch dieser die Sonderexistenz der einzelnen Kasse beseitigen oder ein besonders neues Rechtssubjekt darstellen würde, vielmehr ist eine derartige Vereinigung nur nach dem

---

6) Während dieser Zeit sind die Beiträge, um die Ansammlung des Fonds zu ermöglichen, in der entsprechenden Höhe zu erheben oder die Unterstützungen zu mindern.

7) insbesondere auch der Reservefonds.

8) Zwischen beiden Arten der Anlage hat die Kassenvertretung die Wahl; bezüglich der Art der Anlage der Gelder Bevormundeter entscheidet das Landesrecht; bezüglich derjenigen Bundesstaaten, wo hierüber besondere gesetzliche Bestimmungen nicht existiren, trifft § 40 des Gesetzes Bestimmung

Gesichtspunkte einer Societät aufzufassen, welche auf dem Wege des Vertrags durch übereinstimmende Beschlüsse der verschiedenen Generalversammlungen zu Stande kommt; der Gesellschaftsvertrag darf jedoch nur bestimmte, im Gesetze selbst bezeichnete Zwecke zu gemeinschaftlichen machen und kann sich auf die Anstellung eines gemeinsamen Rechnungsführers, die gemeinschaftliche Abschließung von Verträgen mit Aerzten, Apothekern und Krankenhäusern, endlich die Anlage und den Betrieb gemeinsamer Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder erstrecken.[9]) Die Vertretung des Kassenverbands einschließlich der Verwaltungsgeschäfte wird durch einen von den Vorständen der sämmtlichen vereinigten Kassen gewählten oder, falls eine Wahl nicht zu Stande kommt, durch einen von der Aufsichtsbehörde ernannten Vorstand nach Maßgabe eines Kassenstatuts[10]) geführt, welches der Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde bedarf.

V. Die Aufsichtsbehörden.

§ 35.

I. Die Sorge, daß der Versicherungszweck in gesetzmäßiger Verwaltung thatsächlich zur Verwirklichung gebracht werde, obliegt gewissentheils staatlichen theils communalen Verwaltungsbehörden; dieselben sind hienach sowohl berechtigt als verpflichtet, die Ausführung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften zu überwachen.

Als Aufsichtsbehörde hinsichtlich der Gemeindeversicherung fungiren die bereits nach der Gemeindeverfassung des betreffenden Landes mit der Ueberwachung der Gemeinden betrauten staatlichen Verwaltungsbehörden,[1]) in speziellen Fällen behält

9) Die genannten Zwecke bezeichnen das Maximum der zur Vereinigung geeigneten Materien; jene sind strikte zu interpretiren, eine analoge Ausdehnung z. B. bezüglich anderer Medizinalpersonen als Aerzte ist als unstatthaft zu betrachten.

10) Auch hier ist das Zustandekommen des Statuts die nothwendige Voraussetzung dafür, daß der Kassenverband überhaupt als solcher in Wirksamkeit trete.

1) Diese sind natürlich verschieden, je nachdem ein engerer oder weiterer Communalverband Träger der Gemeindeversicherung ist; der Umfang der Berechtigung der Behörde bestimmt sich nach Landesrecht; das Reichsgesetz selbst überweist nur die Entscheidung von Streitigkeiten nach § 58 Abs. 1 des Ges. der Aufsichtsbehörde.

das Reichsgesetz selbst gewisse Befugnisse[2]) der höheren Verwaltungsbehörde vor, welche zu bestimmen der Landesregierung überlassen ist.[3])

Bei der Ortskrankenkasse ist als Aufsichtsbehörde in Gemeinden mit mehr als zehn Tausend Einwohnern die Gemeindebehörde des betreffenden Gemeindebezirks bestellt, während in kleineren Gemeinden die von den Landesregierungen zu bestimmenden Behörden mit der Ueberwachung der Kasse betraut sind.[4]) Der Aufsichtsbehörde stehen behufs Ausführung ihrer Aufgabe folgende theils mittelbare theils unmittelbare Wirkung bezielende Befugnisse zu:

a) sie hat in allen Fällen, wo die gesetzliche oder statutarische Vorschrift verletzt ist, das Recht, über sämmtliche oder einzelne Vorstandsmitglieder Ordnungsstrafen[5]) auszusprechen bezw. denselben anzudrohen, obwohl ihr eine eigentliche Disciplinargewalt hiebei nicht zukommt; über Höhe und Art der Strafen sowie das Verfahren bei denselben entscheidet das Landesrecht;

b) die Aufsichtsbehörde hat die Befugniß der jederzeitigen Einsichtnahme in alle Verhandlungen, Bücher und Rechnungen der Kasse sowie das Recht der Kassenrevision, ferner

c) die Befugniß, zu jeder Zeit die Berufung der Kassenorgane zu Sitzungen zu verlangen; wenn die Berufung nicht bethätigt wird, darf sie ihrerseits die Sitzungen anberaumen, in welchen die Leitung der Verhandlungen zu führen, sie Anspruch hat;

d) die Aufsichtsbehörde hat das Recht, die Befugnisse

---

2) Die Befugnisse der höheren Verwaltungsbehörde bezüglich der Gemeindeversicherung bestehen in der Festsetzung der Höhe des Tagelohnes, der Entgegennahme der Jahresabschlüsse und Uebersichten, der Genehmigung der Erhöhung der Beiträge sowie deren Herabsetzung, der Genehmigung bezw. Verfügung der Errichtung oder Wiederauflösung einer gemeinsamen Krankenversicherung.

3) Als h. Verwaltungsbehörde ist bestimmt z. B. in Bayern die Kreisregierung, in Sachsen die Kreishauptmannschaft.

4) Bei Vereinigung mehrerer Gemeinden zu einer gemeinsamen Ortskrankenkasse müssen die die Vereinigung aussprechenden Beschlüsse oder Verfügungen eine Bezeichnung der für die gemeinschaftliche Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde enthalten.

5) Durch die Ordnungsstrafen soll die Ausführung der gesetzlichen oder statutarischen Vorschrift erzwungen werden, d. h. dieselben können so lange fortgesetzt werden, als die Gesetzwidrigkeit dauert.

und Verpflichtungen der Generalversammlung und des Vorstands in demselben Umfange wie diese selbst dann zu übernehmen, wenn die Kassenorgane entweder in ihre gesetzlichen Funktionen nicht eintreten, weil sie überhaupt gar nicht zur Existenz gelangten, oder die Erfüllung der ihnen kraft Gesetzes oder Statuts übertragenen Obliegenheiten verweigern;[6]) sowie

e) das Recht, im Falle der Verweigerung der Vorstands- oder Vertreterwahl Seitens der Kassenmitglieder den Vorstand bezw. die Vertreter zu ernennen;

f) in Streitfällen zwischen den Versicherten bezw. deren Arbeitgebern und dem Versicherer entscheidet die Aufsichtsbehörde;

g) diese hat auch Anspruch auf Anzeige jeder Veränderung in der Zusammensetzung des Vorstands, auf Empfang der Rechnungsabschlüsse und Uebersichten, auf Legitimation des Vorstands; des Weiteren kann sie

h) gemeinsame Meldestellen errichten; endlich hat

i) die Aufsichtsbehörde die Berechtigung, der Kasse gehörige Werthpapiere in Verwahrung zu nehmen oder einen Depositar zu bezeichnen.

II. Alle diese Befugnisse übt die Aufsichtsbehörde unter Oberaufsicht der höheren Verwaltungsbehörde[7]) aus, welche jene Behörde zur Vornahme von Aufsichtsmaßregeln anhalten kann; außerdem ist die höhere Verwaltungsbehörde in mehrfacher Beziehung berechtigt, direkt in die Verwaltung der Kassen einzugreifen.[8])

---

6) Die Aufsichtsbehörde kann auch die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane durch bestellte Vertreter auf Kosten der Kasse wahrnehmen lassen.

7) Hienach können Aufsichtsbehörde und höhere Verwaltungsbehörde niemals identisch sein.

8) S. § 2, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 24, 30, 33, 41, 43, 44, 46, 47, 48 und 54 des Gesetzes.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Schwörer, Emil

Ortskrankenkassen und Gemeindekrankenversicherung Auf Grund d. Reichsgesetzes betr. d. Krankenversicherung d. Arbeiter v. 15. Juni 1883. Dargest. in systemat. Bearb

München 1886

Bamberg, Staatsbibliothek -- Coll.leg.o.217-f
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11832154-0